Le Numéro : 10 CENTIMES • N° 37 — 6 Mai 1896 7 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Etranger. . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL
Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

LA MINÉRALOGIE BIOLOGIQUE, par M. J. GAUBE 217

ANALYSES

Bactériologie : Variabilité dans la forme et dans les caractères de culture du streptocoque, par M. M.-G. LEMOINE. 219

Médecine : Splénomégalie primitive et épithélioma primitif de la rate, par MM. PICOU et RAMOND. 219

Chirurgie : Nouveau procédé d'amputation partielle du pied, par M. VREDEN. — Luxation rétro-acromiale de la clavicule, par M. A. PANOFF 219

Obstétrique et Gynécologie : L'embolie pulmonaire au point de vue obstétrical et gynécologique, par M. TH. WYDER 220

Neurologie et Psychiatrie : Paralysie du nerf moteur oculaire externe et du nerf trijumeau du côté droit, par M. BOUCHAUD. — Lésions histologiques de l'écorce cérébrale dans la compression locale du cerveau, par M. NEUMAYER. — Contribution à l'étude de la paralysie bulbaire apoplectiforme, avec considération sur la paralysie de la déglutition et de l'hémianesthésie, par M. VAN OORDT. — Sur plusieurs cas de mal perforant plantaire, par M. J. VEIS 220

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences : La sérothérapie de l'infection urinaire, MM. ALBARRAN et MOSNY CLXXXI

Académie de médecine : Sur l'appendicite. M. LAVERAN. — Kyste dermoïde chez un jeune homme de dix-sept ans, M. LÉVY. CLXXXII

Société de biologie : Coli-bacille du nourrisson et coli-bacille de l'adulte, M. A. PÉRÉ. — Note sur un cas de parasitisme du cheval, M. P. BERNARD. — Sur un veau à deux têtes vivant, M. P. MÉGNIN. — Dispositifs pour la mesure des courants alternatifs de toutes fréquences, M. D'ARSONVAL. — Sur le développement des follicules clos dans la conjonctivite ovulaire, Mme E. NAVILLE. — Recherches des spores de l'aspergillus fumigatus dans le mucus nasal et la salive des personnes saines et malades, M. RÉNON. — Quelques améliorations sur le groupement des fibres endogènes dans les cordons postérieurs de la moelle, à propos d'un cas de compression des nerfs de la queue de cheval, M. DUFOUR. — Sérum antistreptococcique préventivement à l'opération de la cataracte chez les diabétiques, M. BOUCHERON, CLXXXII

Société de laryngologie : Traitement des papillomes diffus du larynx, M. POYET. MM. CASTEX, GAREL, MOURE, HELME, POYET, CASTEX, HELME, GAREL, MOURE, POYET, LUBET-BARBON. — Anomalies de la région mastoïdienne, M. MOURE. MM. LUBET-BARBON, POYET, GAREL, RAUGÉ, GAREL. — Le relief acoustique et l'audition bi-auriculaire. M. PAUL RAUGÉ. M. VACHER. — De la sténose congénitales des fosses nasales et du naso-pharynx simulant le syndrome adénoïdien. M. ESCAT. MM. MOURE, CASTEX, LUBET-BARBON. — L'hémianopsie dans les abcès cérébraux d'origine otique, MM. LANNOIS et JABOULAY. — Crises épileptiques et hypertrophie des amygdales, M. M. BOULAY. M. HELME. — Traitement des végétations adénoïdes, M. HELME. Discussion du rapport, MOUNIER, MOURE, CASTEX, LERMOYEZ, MARTIN, SUAREZ. LUBET-BARBON, GAREL, etc., ... CLXXXVI

Société française d'ophtalmologie : La vision binoculaire. Sa perte et son rétablissement, M. ED. MEYER. — Discussion, — Fluxion de la conjonctive, MM. DIANOUX, TROUSSEAU, BOUCHERON. — Réaction chimique différente des noyaux des cônes et des bâtonnets dans les rétines exposées à des radiations colorées, M. L. DOR. CLXXXVI

Phospho-Glyco-*Glycérophosphate de fer et Manganèse* FER CHEYNET
Glycérophosphate de chaux Freyssinge.
SPARADRAPS ANTISEPTIQUES DEBUCHY
RUBINAT SOURCE LLORACH Le meilleur purgatif naturel
POUGUES St-LÉGER Souverain antidote des maladies de l'estomac.
REVUE GÉNÉRALE DES SCIENCES pures et appliquées, paraissant le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules in-4, de 48 pages au moins, avec de nombreuses figures. *Directeur* : LOUIS OLIVIER. — Prix de l'abonnement annuel : Paris, 20 fr.; Départements, 22 fr.; Union postale, 25 fr. (GEORGES CARRÉ, éditeur, 3, rue Racine, Paris).

FACULTÉ DE MÉDECINE

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mardi 12 Mai 1896, à 1 heure. — M. BRINDEAU : Du détroit moyen au point de vue obstétrical; MM. Duplay, Berger, Nélaton, Hartmann. — M. BELLISSENT : Traitement préventif de l'ostéomyélite aiguë. Traitement curatif de l'ostéomyélite chronique, (Ostéoplasties); MM. Berger, Duplay, Nélaton, Hartmann. — M. FAGET : Étude sur la syphilis pulmonaire; MM. Laboulbène, Roger, Achard, Wurtz. — M. MIVIELLE : Sur les dangers du vésicatoire à la cantharide; MM. Laboulbène, Roger, Achard, Wurtz.

Mercredi 13 mai 1895, à 1 heure. — M. GROLEAU : Les particularités du chancre mou des doigts; MM. Fournier, Potain, Gaucher, Broca. — M. MERCEREAU : Le pouls anacrotique ou adicrotisme initial dans le rétrécissement aortique; sa valeur séméiologique; MM. Potain, Fournier, Gaucher, Broca. — M. PIARD : Des suppurations à distance dans l'appendicite; MM. Tillaux, Pinard, Delbet, Walther. — M. SENLECQ : Du délire post-éclamptique : MM. Pinard, Tillaux, Delbet, Walther. — M. WITANOFF : Contribution à l'étude du traitement de la blennorrhagie par les sels d'argent, nitrate d'argent, argentanine et argentum arsenic; MM. Tillaux, Pinard, Delbet, Gilles de la Tourette.

Samedi 16 Mai 1896, à 1 heure. — M. BOUTÉ : Contribution à l'étude de la cirrhose atrophique du foie chez les jeunes gens; MM. Cornil, Le Dentu, Quénu, Albarran. — M. BIELINKIN : Contribution à l'étude de la syphilis post-conceptionnelle; MM. Le Dentu, Cornil, Quenu, Albarran.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 11 Mai 1896. — Dissection : MM. Reynier, Lejars, Sébileau. — 2e Oral (Première partie), (1re série) : MM. Ch. Richet, Rémy, Poirier. — 2e Oral (Première partie) (2e série) : MM. Straus, Marchand, Retterer. — 3e Oral (Première partie) : MM. Monod, Tuffier, Varnier. — 5e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Tillaux, Reclus, Ricard. — 5e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Terrier, Delbet, Walther. — 5e (Deuxième partie) : Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Fournier, Gilles de la Tourette.

Mardi 12 Mai 1896. — Médecine opératoire : MM. Polaillon, Poirier, Thiery. — 2e Oral (Première partie) : MM. Mathias-Duval, Cornil, Quénu. — 3e Oral (Première partie) : MM. Panas, Campenon, Maygrier. — 3e (Deuxième partie : MM. Dieulafoy, Chantemesse, Charrin. — 5e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Le Dentu, Albarran. — 5e (Deuxième partie), Charité (1re série) : MM. Raymond, Gilbert, Ménétrier. — 5e (Deuxième partie), Charité (2e série) : MM. Jaccoud, Hutinel, Marfan. — 5e (Première partie), Obstétrique. Clinique d'accouchement, rue d'Assas : MM. Bar, Remy, Bounaire.

Mercredi 13 mai 1896. — 2e Oral (Première partie) : MM. Rémy, Sébileau, Poirier. — 3e Oral (Première partie) : MM. Terrier. Varnier, Broca. — 3e (Deuxième partie) : MM. Strauss, Landouzy, Wurtz. — 5e (Première partie) Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Marchand, Meynier, Tuffier. — 5e (Première partie) Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Monod, Reclus, Lejars. — 5e (Deuxième partie) Hôtel-Dieu : MM. Grancher, Jofroy) Netter.

Vendredi 15 Mai 1896. — 2e Oral, (Première partie, (1re série) : MM. Granche, Poirier, Sebileau. — 2e Oral (Première partie), (2e série) : MM. Reynier, Thiéry, Wurtz. — 5e Oral (Première partie), (3e série) : MM. Reclus, Retterer, Heim. — 4e : MM. Pouchet, Thoinot, Netter. — 5e (Première partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Tillaux, Ricard, Broca. — (Première partie), Chirurgie, Charité, (2e série) : MM. Terrier, Lejars, Delbet. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Potain, Hayem, Gaucher. — 5e (Première partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

HOPITAUX

Concours des Hôpitaux (Médecine). — 2e épreuve. Ont obtenu :

Séance du 2 Mai.

MM.	Tot.	MM.	Tot.
Florand.	19 — 38	Lesage	19 — 36
Sottas.	16 — 33		

Séance du 3 Mai.

MM.	Tot.	MM.	Tot.
Courtois-Suffit. .	16 — 33	G.-C. Lion . . .	17 — 34
Triboulet	17 — 35	Capitan.	17 — 34

Séance du 4 Mai.

MM.	Tot.	MM.	Tot.
de Gennes . . .	17 — 35	Claisse	18 — 35
Parmentier . . .	17 — 35		

Sont *admissibles* aux épreuves définitives : MM. Florand, Jeanselme, Souques, Jacquet, Gallois, Lesage, Soupault, de Gennes, Triboulet et Parmentier.

Ont été *ex æquo* avec les derniers admissibles : MM. Claisse, Legry, Méry, de Grandmaison et Barbez.

Concours de l'adjuvat. — Le jury est ainsi composé : MM. Panas, Duval, Berger, Albarran, Poirier. — Suppléants : Thiéry et Walther.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

4 Mai 1896.

La sérothérapie de l'infection urinaire. — MM. Albarran et Mosny. L'infection est, comme l'ont montré MM. Albarran et Hallé, dès 1888, presque toujours due au coli-bacille. Pour pratiquer la sérothérapie préventive et curative de cette affection, MM. Albarran et Mosny ont d'abord vacciné des animaux dont ils ont, ensuite, employé le sérum.

Pour vacciner les animaux, ils ont employé d'abord les inoculations successives de doses croissantes de cultures très virulentes, comme cela se fait pour le streptocoque. Cette méthode de vaccination est infidèle, et, en outre, les animaux pouvant être infectés lorsqu'on les croit immunisés, il pourrait être dangereux de se servir de leur sérum.

Dans une autre méthode, les auteurs ont essayé la vaccination par les toxines. Pour les obtenir, ils ont filtré à la bougie Chamberland la macération des or-

VICHY-CÉLESTINS
SIROP FERRUGINEUX DE F. GILLE
Contre la Chlorose, l'Anémie, le Lymphatisme, etc.
HAMAMELIDINE LOGEAIS
KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

ganes des animaux tués par l'inoculation de cultures virulentes. En inoculant ces filtrats aux animaux, on les vaccine très solidement, mais le sérum qu'ils produisent n'est pas doué de propriétés très actives.

La méthode de vaccination qui donne les meilleurs résultats consiste à vacciner d'abord les animaux avec le filtrat, et à les infecter ensuite avec des cultures virulentes; en alternant ainsi, à plusieurs reprises, les inoculations de filtrats et de cultures, on obtient une très solide vaccination chez des animaux qui restent cependant bien portants. Cette méthode des vaccinations alternantes, qui n'a encore été employée pour aucun microorganisme, a permis aux auteurs d'obtenir un sérum très actif.

Le sérum des animaux bien vaccinés jouit de propriétés préventives et curatrices contre l'infection. L'activité de ce sérum est telle que 1/20e de centimètre cube inoculé vingt-quatre heures avant l'injection mortelle de culture virulente, empêche l'animal de mourir. Ce qui est encore plus intéressant, c'est que l'injection simultanée d'une goutte de sérum et de la dose mortelle de culture suffit à prémunir le cobaye, animal très réceptif à cette infection.

Le sérum permet de guérir des animaux déjà infectés. C'est ainsi que, si l'on inocule un cobaye avec une dose de culture qui le tue en douze heures et que deux heures après l'inoculation on lui injecte 2 centigrammes de sérum, l'animal survit.

D'après les résultats de ces importantes recherches faites sur des animaux variés, les auteurs se sont crus autorisés à passer à l'application de leur sérum à l'homme, tentative dont les résultats seront ultérieurement communiqués. Mais, dès aujourd'hui, on peut prévoir que la sérothérapie de l'infection urinaire pourra être utilisée non seulement pour combattre une infection déjà développée, mais encore pour prévenir son éclosion presque certaine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

5 mai 1896.

Sur l'appendicite. — **M. Laveran.** Dans une récente communication, M. Dieulafoy a posé en principe que l'appendicite, résulte toujours d'une transformation de l'appendice en cavité close due à une lithiase ou à un rétrécissement de ce diverticule intestinal. Cette théorie me paraît un peu exclusive. Assurément, la lithiase appendiculaire rend très bien compte des faits d'appendicite familiale, signalés depuis quelques années. Mais la lithiase n'a pas expliqué tous les faits.

Les rétrécissements de l'appendice, et les fausses positions signalés par M. Pozzi, sont invoqués dans les autres faits. Le rétrécissement peut être dû, suivant M. Dieulafoy, à une inflammation de la muqueuse. Pour m'en rendre compte, j'ai fait des coupes histologiques, dans un grand nombre d'appendicites, et j'ai constaté la formation de tissu embryonnaire, pouvant donner naissance, consécutivement, à des brides fibreuses cicatricielles qui cloisonnent l'appendice. Il y a quelques années, j'étais tenté d'attribuer l'appendicite perforante à ces rétrécissements, mais depuis, j'ai constaté des cas d'appendicite perforante avec dilatation de l'appendice et sans rétrécissements.

La transformation en cavité close, n'était pas une cause absolument nécessaire de l'inflammation de l'appendice. On comprend que M. Millard ait pu citer un certain nombre de cas d'appendicite guéris par le traitement médical.

Il serait assurément plus simple pour le chirurgien, d'opérer dans tous les cas, dès que le diagnostic d'appendicite est posé, mais l'opération est souvent inutile et peut être dangereuse.

Kyste dermoïde chez un jeune homme de dix-sept ans. — **M. Lévy,** relate l'observation d'un jeune homme qui portait dans l'abdomen une tumeur, dont on s'aperçut seulement à l'âge de dix-sept ans. Cette tumeur, grosse comme une noix, à l'âge de dix-sept ans, possédait deux ans plus tard, le volume d'une tête de fœtus. La laparatomie permit de constater une cavité kystique, contenant un fœtus du sexe féminin de 44 centimètres. Le malade succomba aux suites de l'opération.

E. Labbé.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

2 Mars 1896.

Coli-bacille du nourrisson et coli-bacille de l'adulte. — **M. A. Péré.** Le coli-bacille du nourrisson diffère de celui de l'adulte : par la fermentation du glucose il donne de l'acide lactique, mais cet acide lactique, isolé par les procédés usuels de la solution glucose-peptone où le microbe a vécu, est l'acide lactique droit dont le sel de zinc est lévogyre. Six échantillons de coli-bacilles provenant d'enfants de deux à trois ans ont au contraire tous donné, comme ceux de l'adulte, de l'acide lactique gauche.

Ce qui légitime l'hypothèse d'une transformation du microbe originel, c'est que le coli-bacille du nourrisson, peut faire aussi de l'acide lactique gauche. Il suffit, pour obtenir ce dernier, de substituer les sels ammoniacaux à la peptone comme source d'azote alimentaire, dans le liquide de fermentation ci-dessus, renfermant du glucose et du carbonate de chaux.

Enfin tous ces microbes, qu'ils proviennent du nourrisson, de l'enfant ou de l'adulte, réagissent de même vis-à-vis de l'acide lactique racémique qu'ils dédoublent en attaquant de préférence l'acide droit.

Note sur un cas de parasitisme du cheval. — **M. P. Bernard.** L'auteur, dans son travail, décrit les nombreuses anomalies observées sur l'anophocéphala plicata, extrait de l'intestin d'un cheval. Les particularités portent surtout sur la forme générale, la longueur du strobite et la largeur des segments.

Sur un veau à deux têtes vivant. — **M. P. Mégnin,** présente la photographie d'un veau à deux têtes vivant : les deux têtes sont soudées par le côté de l'occipital et l'animal mange indifféremment par l'une ou l'autre bouche.

Dispositifs pour la mesure des courants alternatifs de toutes fréquences. — **M. d'Arsonval.** Pour mesurer le courant de grande intensité (de 2 à 100 ampères) qui passe dans le grand solénoïde, l'auteur remplace le fil plein par un tube relié à un manomètre à eau, de manière à constituer un thermomètre différentiel de Leslie. L'échauffement tubulaire est mesuré par la colonne du manomètre : on mesure ainsi le carré de l'intensité du courant.

Pour les courants alternatifs de faible intensité, M. d'Arsonval fait traverser au courant une soudure thermo-électrique reliée à un galvanomètre à circuit mobile de son système.

Sur le développement des follicules clos dans la conjonctive oculaire. — **Mme E. Naville.** C'est par la prolifération et l'épaississement de l'épithélium que débute l'ébauche d'un folicule clos. Après que cet amas épithélial a fait une saillie dans le chorion, il s'isole peu à peu de l'épithélium originel et constitue ainsi le follicule clos achevé.

Recherches des spores de l'aspergillus fumigatus dans le mucus nasal et la salive des personnes saines et malades. — **M. Rénon.** Au cours de deux séries de recherches, sur 58 cas, l'auteur n'a constaté qu'une seule fois la présence des spores de l'aspergillus fumigatus dans la salive, et six fois dans le mucus nasal : ce champignon était pathogène pour le lapin.

Ce résultat coïncidait fort bien avec la rareté des cas d'aspergillose des fosses nasales, de la bouche et du pharynx décrits par les auteurs.

Quelques améliorations sur le groupement des fibres endogènes dans les cordons postérieurs de la moelle, à propos d'un cas de compression des nerfs de la queue de cheval. — **M. Dufour.** L'examen de la moelle d'une femme qui présentait depuis cinq ans un endothéliome ayant comprimé exclusivement les racines lombosacrées depuis la troisième racine lombaire, a attiré l'attention de l'auteur sur les zônes non dégénérées dans les régions inférieures.

Des deux systèmes de fibres restés sains, le premier est constitué par un faisceau qui a une topographie différente suivant la hauteur à laquelle on l'observe. Il ferait partie d'un système commissural à long trajet et à direction descendante, situé à la région dorsale, dans la zone postéro-externe du cordon postérieur.

Le deuxième système relèverait d'une origine semblable à celle des fibres de la virgule de Schultze et serait une commissure à court trajet à dégénération également descendante.

Sérum antistreptococcique préventivement à l'opération de la cataracte chez les diabétiques. — **M. Boucheron.** L'antisepsie actuelle permet de pratiquer aux diabétiques beaucoup d'opérations. Cependant il est hors de doute que chez eux, les opérations sont plus exposées à la suppuration, que chez les sujets non glycosuriques. D'où l'intérêt de rechercher dans quelles circonstances les causes de la suppuration peuvent être écartées. La streptococcie en est une, à laquelle on peut opposer le sérum antistreptococcique, pour les streptocoques sensibles à ce sérum.

C'est ainsi que chez les sujets en état de streptococcie, l'emploi de ce sérum peut être utilisé préventivement, lors des opérations qui exigent, plus spécialement, une réunion sans suppuration de la plaie opératoire : telle est l'opération de la cataracte.

Nous avons eu l'occasion d'observer un diabétique cataracté, qui, ayant été atteint d'une affection streptococcique — une lymphangite du pied et de la jambe, — fût soumis, sur l'avis de M. Marmorek, à l'injection de 20 grammes de son sérum. Mettant à profit le moment où, de par l'injection de sérum, les streptocoques de ce malade devaient être fort atténués, nous avons pratiqué l'extraction de la cataracte, en employant bien entendu, une scrupuleuse antisepsie. La plaie opératoire se réunit par première intention sous la moindre poussée congestive. Or, ce malade avait soixante-dix ans, et avait 46 grammes de sucre par litre d'urine. La lymphangite avait été bénigne.

C'est la première fois que le sérum Marmorek a été employé de cette manière. On voit, par ce premier fait, que l'opération de la cataracte a pu être suivie de succès, après l'action préventive de ce sérum, malgré la glycosurie et la streptococcie.

R. Mercier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Congrès de Mai 1896

Traitement des papillomes diffus du larynx.

M. Poyet, (de Paris), rapporteur.

Si l'on se rapporte aux différentes statistiques de tous les auteurs qui, depuis la découverte du laryngoscope, c'est-à-dire depuis 1858, ont écrit sur les maladies des organes de la voix examinés directement avec le miroir, il est facile de se convaincre que, parmi toutes les tumeurs et parmi tous les polypes examinés et décrits, les papillomes sont de beaucoup les plus fréquents.

De nombreux examens micrographiques démontrèrent la nature papillaire de tumeurs enlevées par Turck, Czermak, Fauvel, Mackenzie et autres, et, si je ne me trompe, ce fut Ordoñez, un élève de Robin et Cornil, qui fut un des premiers à constater la nature papillaire de tumeurs examinées.

Pendant longtemps, on ne s'expliqua pas la fréquence de ces papillomes, surtout sur le bord libre des cordes vocales inférieures, à leur partie antérieure, région dans laquelle, à l'état normal, on ne connaissait pas la présence de papilles. On en était réduit à attribuer leur développement à un travail irritatif local.

Ce n'est qu'en 1874 que Coyne donna, dans sa thèse inaugurale, une anatomie micrographique complète de la muqueuse laryngée, et ce n'est aussi qu'à partir de cette époque que l'on put s'expliquer la fréquence des papillomes du larynx.

Le plus souvent, nous le savons tous, les papillomes du larynx siègent dans l'angle antérieur des cordes vocales inférieures, mais il est un certain nombre de cas dans lesquels ils envahissent une plus ou moins grande étendue de l'organe vocal, quelquefois même sa totalité. Dans ces cas, on leur donne le nom de papillomes diffus.

On les trouve souvent sous cette dernière forme chez des enfants en très bas âge ou chez des personnes qui, atteintes d'abord de papillome localisé, ont vu l'organe se prendre progressivement, petit à petit, la maladie faisant en quelque sorte la tache d'huile. Il est permis de croire que, dans ce cas, il se fait une véritable auto-inoculation.

En raison même de la fréquence des papillomes laryngés, en raison de la facilité avec laquelle ils repullulent et se reproduisent après avoir été détruits, c'est surtout contre eux que les laryngoscopistes ont dirigé tous leurs efforts pour en obtenir la guérison.

On peut dire que tous les moyens médicaux et chirurgicaux ont été tentés avec plus ou moins de succès.

C'est en quelque sorte l'histoire de ces tentatives que nous allons essayer de passer en revue.

* * *

I. — Tout d'abord, ainsi que l'a démontré le premier M. Causit, les papillomes laryngés sont fréquents chez les *enfants en bas âge*. Ils revêtent alors presque toujours la forme diffuse. On a même cité quelques cas de papillomes diffus du larynx ayant tous les caractères de papillomes congénitaux.

Le rôle du laryngoscopiste est assez souvent nul lorsqu'il s'agit d'examiner un enfant en bas âge. Il doit établir son diagnostic soit par les anamnestiques, soit par l'examen général de l'enfant, par l'examen de la respiration, de la voix, par l'exploration digitale si elle n'entraîne pas de dangers de suffocation.

Si la présence de papillomes laryngés est démontrée, de l'avis de tous les auteurs qui ont écrit sur la matière, le rôle du médecin est tout indiqué. La trachéotomie doit être pratiquée, trachéotomie accompagnée ou suivie de l'ouverture du cartilage thyroïde sur la ligne médiane, opération qui permet le curettage du larynx,

II. — Lorsque les *enfants* sont *un peu plus âgés*, j'entends par là lorsqu'ils ont atteint six à sept ans, le diagnostic laryngoscopique peut être fait, bien qu'il demande de l'habileté et surtout de la patience.

Le rôle de médecin se trouve modifié, suivant que l'enfant est menacé d'asphyxie, ou que les papillomes diffus ne donnent pas lieu à des accidents respiratoires.

Dans le premier cas, le médecin devra agir comme nous l'avons dit plus haut.

Si l'enfant ne présente aucune altération de la respiration, et cela arrive souvent, le médecin devra faire l'éducation de l'enfant et s'efforcer de l'opérer par les voies naturelles.

Il sera d'autant plus autorisé à agir ainsi que les végétations papillaires chez les jeunes enfants n'ont pas de tendance à se reproduire une fois qu'elles ont été opérées, soit par arrachement, soit par section, par abrasion, par grattage, curettage ou raclement. Du moins c'est là ce qui ressort de notre pratique.

Lorsque l'enfant est suffisamment bien éduqué, il arrive, grâce à la cocaïne, à supporter merveilleusement et sans la moindre crainte les interventions réitérées, même fréquentes.

III. — Chez les *adultes*, les papillomes du larynx se comportent bien différemment.

Il convient d'abord de distinguer deux sortes de papillomes diffus : les papillomes mous, les papillomes durs et cornés.

En général, ils siègent sur les cordes vocales inférieures, à leur partie antérieure. On les rencontre cependant fréquemment sur l'épiglotte, les ligaments aryépiglottiques, les cordes supérieures, sur les aryténoïdes dans l'espace interaryténoïdien, en un mot dans tout le larynx.

Dès le début de la laryngoscopie, les papillomes du larynx furent traités par arrachement, par excision, par abrasion. Voltollini, de Breslau, fut un des premiers qui les opérèrent par le galvano-cautère, et cela avec des résultats divers.

Avant d'employer des méthodes chirurgicales, les premiers laryngoscopistes essayèrent des moyens médicaux. On donne ce nom à l'emploi des topiques caustiques ou autres, avec lesquels on tenta de détruire les papillomes du larynx.

On essaya tour à tour le nitrate d'argent en solution ou sous forme solide, l'acide acétique, l'acide chromique fondu, le chlorure et le sulfate de zinc, le sulfate de cuivre, etc., portés directement sur les végétations; on essaya des insufflations de poudres caustiques ou astringentes; on fit des insufflations de nitrate d'argent, d'alun, de sabine, qui donnent quelques résultats dans les cas de papillomes de la peau.

C'est après avoir constaté l'inefficacité de tous ces moyens que l'on en arriva aux *traitements chirurgicaux.*

Arrachement. — Le premier qui fut employé fut l'arrachement au moyen de pinces et l'excision au moyen de couteaux. Turck, Czermak, Mackensie ont publié une série de cas qu'ils ont opérés avec ces deux méthodes, au moyen de pinces, de forceps et de couteaux de leur invention.

L'arrachement se pratique au moyen de pinces de formes diverses. Les plus connues sont celles de Fauvel et de Mackensie, celles de Schrötter et de Stoerk.

Depuis la découverte de la cocaïne, leur emploi est devenu extrêmement facile et donne d'excellents résultats, surtout quand les papillomes forment une masse qui surplombe le larynx.

L'arrachement est toujours accompagné d'une hémorrhagie assez abondante, mais qui toujours s'arrête rapidement et d'elle-même.

Excision. — Elle se pratique avec des ciseaux et des couteaux de formes les plus divorses et surtout avec des guillotines dont on fait agir le couteau de haut en bas ou de bas en haut. Nous croyons que cette méthode doit être réservée pour enlever les papillomes qui s'insèrent sur le bord libre des cordes vocales inférieures ou supérieures.

Arrachement et excision combinées. — Cette méthode se pratique avec des pinces coupantes ou des pinces emporte-pièce. Dans beaucoup de cas, elle donne d'excellents résultats, surtout si l'on a affaire à des papillomes durs et cornés.

Avec des pinces ordinaires, il arrive souvent qu'après avoir saisi une portion de tumeur, les mors de la pince glissent sur la surface saisie et que, lorsque l'on croyait ramener la tumeur entière, on n'en enlève que la surface.

Abrasion. — Elle n'est qu'un des modes de la méthode par arrachement. Elle consiste à écraser entre les mors de la pince les portions de la tumeur que l'on a pu saisir. Elle se pratique encore avec des serre-nœuds, mais l'application des anses métalliques ne peut se faire que sur un petit nombre de papillomes, dont la situation favorable permet l'enserrement. On peut donc dire d'elle que c'est une méthode d'exception, d'autant plus qu'elle ne donne de bons résultats que lorsque l'on a affaire à des papillomes mous et faibles.

Curettage. — On peut dire de cette méthode qu'elle est en quelque sorte complémentaire. En effet, nous croyons que toutes les fois que l'on pourra arracher ou couper les papillomes, il y aura avantage à le faire. Mais, si habilement que l'on arrache des polypes papillaires diffus, il est impossible de ne pas en laisser des parcelles qui sont, en général, le point de départ de la repullulation. Avec les curettes, il est possible d'atteindre et de détruire les morceaux qui ont échappé soit aux pinces, soit aux guillotines, soit aux couteaux.

Méthode galvanique. — C'est aujourd'hui le procédé le moins employé. Dans quelques cas, cependant, de masses papillaires volumineuses et un peu détachées, il est permis et indiqué de les enlever avec un serre-nœud galvanique si l'on a à craindre une effusion de sang trop grande.

Quant à la destruction par le couteau ou les boutons galvaniques, nous ne lui accordons qu'une médiocre confiance, car il est impossible dans le larynx de laisser assez longtemps en contact le galvano-cautère et les parties à détruire.

* * *

Quel que soit le moyen auquel l'opérateur aura donné la préférence pour opérer un malade atteint de papillomes diffus du larynx, il devra toujours songer à la récidive probable de l'affection et porter tous ses soins à tâcher d'éviter cette récidive.

Aussitôt les papillomes enlevés et alors que la muqueuse est encore saignante, il devra, à l'aide de ouate antiseptique, nettoyer le larynx et étancher le sang, puis il devra porter sur les parties arrachées un caustique plus ou moins violent qu'il devra choisir et graduer selon la tolérance de l'opéré. C'est encore à propos de ces cautérisations que l'on peut dire que tous les caustiques ont été employés.

Pour notre part, nous donnons la préférence aux solutions de chlorure de zinc et d'acide salycilique.

Malgré tous les soins apportés à la destruction totale des papillomes diffus du larynx, il n'est pas un d'entre nous qui n'ait eu à traiter des cas véritablement rebelles, dans lesquels la reproduction se fait avec une rapidité désespérante.

Il est un certain nombre de cas où les papillomes, après avoir été mous et friables, deviennent durs, cornés, de plus en plus difficiles à arracher. L'état général du malade finit par s'altérer, et l'affection semble dégénérer en épithélioma. Dans de pareils cas, quelques opérateurs n'ont pas hésité à proposer et à exécuter l'ablation du larynx.

Nous ne pouvons approuver une pareille façon de faire, et sommes d'avis, dans ces cas, de trachéotomiser le malade, puis de procéder à l'ouverture du larynx par une thyrotomie. L'ouverture ainsi obtenue permet de déplier le larynx comme un livre, et de le débarrasser de toutes les parties malades.

J'ai eu l'occasion dernièrement de voir un malade opéré de cette façon par notre honorable confrère, M. Moure. Le résultat était parfait. Les cordes vocales inférieures et tout le larynx étaient entièrement sains. La voix était absolument normale. J'insiste sur ce dernier point, car c'est l'altération possible de cette fonction, à la suite de la thyrotomie, qui a fait bien des fois rejeter cette opération. Je n'ai eu l'occasion de voir que cet opéré de M. Moure, qui m'a dit en avoir plusieurs chez lesquels les résultats ont été tout aussi probants.

Du reste, la science contient de nombreux faits de ce genre, et somme toute, la thyrotomie est une opération assez bénigne pour que l'on ne doive pas hésiter à la pratiquer dans les cas où les tumeurs sont très diffuses et très tenaces et, par conséquent, récidivantes. On sait que certains opérateurs n'ont pas même hésité à ouvrir plusieurs fois le larynx d'un même malade pour obtenir, enfin, un résultat définitif. Le curettage soigneux et complet de l'organe doit toujours être accompagné, dans ces cas, d'une cautérisation thermo-cautère de toute la muqueuse dégénérée.

M. Castex. Je demanderai à mes collègues de la Société s'ils ont observé, après trachéotomie, des cas de guérisons spontanées des papillomes.

M. Garel. J'ai observé un cas de guérison chez un enfant de quatre ans que j'avais trachéotomisé pour des accidents asphyxiques. Massei a publié un certain nombre de cas analogues.

M. Moure. Je n'ai jamais vu, personnellement, de guérison spontanée de papillomes chez les enfants, mais j'en ai observé, chez l'adulte, après la thyrotomie.

M. Helme. Je demanderai s'il n'existe pas, au point de vue du pronostic opératoire, quelques rapports entre les papillomes et la tuberculose.

M. Poyet. Je ne crois pas qu'il y ait d'autres rapports que ceux qui peuvent exister de ce fait, que les papillomes, par la mauvaises respiration qu'ils entraînent, contribuent à faire un terrain facilement bacillisable.

M. Castex. Au point de vue des rapports directs, les inoculations que j'ai faites avec des papillomes diffus se sont toujours montrées négatives.

M. Helme. Mes résultats concordent avec ceux de M. Castex.

M. Garel. Je considère qu'entre la tuberculose et les papillomes, il ne peut y avoir autre chose qu'une coïncidence; mais, il n'en est pas de même au point de vue des néoplasmes malins, et, dans certains cas, les papillômes peuvent être le début de tumeurs malignes.

M. Moure. Ce que nous savons des papillomes, de leurs récidives, de leur dégénérescence possible, fait se demander s'il est bien prudent de faire des interventions multiples. Ne vaudrait-il pas mieux pratiquer de suite une opération complète, curetter et cautériser largement après thyrotomie.

M. Poyet. J'ai été pendant longtemps l'adversaire de l'ouverture du larynx; mais, maintenant, après les résultats obtenus par M. Moure, je n'hésiterais pas à faire la thyrotomie et le curettage complet.

M. Lubet-Barbon. Je considère que la récidive des papillomes, récidive qui ne se fait pas toujours au même point, est une contre-indication pour une opération de l'importance de la thyrotomie. J'ai observé un malade chez lequel les papillômes récidivaient pour la troisième fois. Il eût donc fallu pratiquer trois thyrotomies? Les papillomes étant une maladie générale du larynx, de tout le larynx, j'estime que, pour le traitement de cette affection, on a tout intérêt à agir par la voie endo-laryngée, d'autant mieux que cette voie est celle qui est exclusivement du domaine du spécialiste.

Anomalies de la région mastoïdienne. — **M. Moure** (Bordeaux). Les statistiques de Zukerkundl, de Malherbe, sur la configuration normale de la région mastoïdienne, basées sur des recherches cadavériques, sont entachées d'erreurs; elles ne peuvent donner, dans leurs vraies proportions, les modifications constatées à l'état pathologique. C'est ainsi que le rocher d'un ancien otorrhéique subit, par suite de l'évolution lente du processus morbide, des altérations importantes, qui sont l'agrandissement exagéré de la grande cellule mastoïdienne, ou l'éburnation de l'apophyse et la disparition plus ou moins complète de l'antre.

En me basant sur ma propre expérience qui porte sur 34 opérés, en me basant sur les travaux de Broca, Lubet-Barbon, Luc, je pense qu'il est démontré que le type d'apophyse diploïque est très fréquent chez l'adulte, que bien plus souvent que sur le cadavre mort de maladie quelconque, l'autre n'occupe pas sa place ordinaire. Il en résulte des indications opératoires importantes, sur lesquelles il y a lieu d'insister. Le sinus latéral, dans la proportion de 4 fois sur 34, est très rapproché de la paroi extérieure du conduit; il devient alors difficile de l'éviter. Cependant, on peut le mettre à nu sans danger et le reconnaître facilement si l'on procède prudemment.

M. Lubet-Barbon. Je pense, comme M. Moure, que les suppurations anciennes de la caisse et de la mastoïde déterminent de l'ostéite condensante et que les cellules finissent par s'effacer, puis par disparaître; l'autre étant une cellule, ses dimensions diminuent également. Mais, n'est-ce pas là une raison de plus pour ouvrir, en prenant des points de repère d'autant plus précis que le point à découvrir est de moindres dimensions.

D'autre part, si l'apophyse est éburnée, il n'y a aucun intérêt à forer profondément, puisqu'on ne trouve pas de cellules. Il faut, dans ces circonstances, se porter en haut et en avant vers l'aditus. En arrière, on risque surtout de rencontrer le sinus, et, c'est dans ce cas d'éburnation complète de l'apophyse, que l'on guérit les suppurations de la caisse par l'opération pure de Stackle; cette opération suffit pour curetter l'aditus.

Syphilis héréditaire simulant des végétations adénoïdes. — **M. Garel** (Lyon). Je tiens à faire connaître deux cas intéressants de syphilis tertiaire de l'amygdale pharyngée, simulant des végétations adénoïdes. Ce sont des cas d'une rareté exceptionnelle, et les deux seuls qu'il m'ait été donné d'observer jusqu'ici. Ils sont très instructifs, car une erreur de diagnostic, dans une telle circonstance, peut devenir la cause d'ennuis sérieux pour le médecin.

La première est relative à une fillette de dix ans, opérée de végétations adénoïdes par un confrère. Quelques jours après, les symptômes d'obstruction nasale réapparaissent et peu après survient une perforation de la voûte palatine. Cet accident est mis par la mère, sur le compte de l'intervention.

Cependant mon confrère avait reconnu de suite la nature syphilitique de la lésion que je confirmai.

Le jour ou je pratique mon premier examen, l'obstruction nasale est aussi complète que possible. Les deux narines sont bouchées et remplies de croûtes adhérentes. Il existe en outre une sécrétion nasale assez abondante et fétide. Comme les orifices antérieurs des fosses nasales sont rétrécis par les croûtes, la rhinoscopie antérieure est impossible. La dysphagie qui existait pendant quelques jours a actuellement disparu; à l'examen de la cavité buccale, je constate une petite perforation ovalaire située sur la ligne médiane, sur une longueur d'un centimètre environ. Extérieurement, le nez présente une déformation caractéristique : c'est un aspect étalé de la racine nasale entre les deux yeux. A ce niveau la peau du nez est tendue, lisse et luisante. J'insiste tout spécialement sur cette déformation qui, à mon avis, est pathognomonique des lésions tertiaires de la syphilis nasale.

Je prescris 2 grammes d'iodure de potassium par jour, considérant cette dose comme une dose élevée pour un enfant de dix ans.

Je revois la petite malade le 7 Juin, treize jours après le commencement du traitement spécifique et je constate déjà une grande amélioration, toutefois la perforation persiste encore. Le 9 Juillet, nouvel examen pendant lequel j'enlève au moyen d'une pince un long sequestre de l'une des cavités nasales. Je conseille de continuer l'iodure à la dose de 1 gr. 50 par jour.

Le 25 Juillet, le nez paraît définitivement guéri. Le trou du voile du palais siégeant à l'union du voile avec la voûte palatine existe encore, mais ses dimensions sont beaucoup plus restreintes.

Le second cas est absolument analogue. Une perforation de la voûte palatine se produisit de même. Bien que la syphilis des parents soit niée par le père, elle ne me paraît pas douteuse, de par l'action du traitement, de par les antécédents de la mère à laquelle, au moment de la naissance de son enfant, M. Aubert avait conseillé de nourrir, du reste, elle présentait aux jambes des macules non douteuses.

Dans la première de ces observations, le fait important à noter, c'est la fonte gommeuse brusque survenue peu de jours après l'intervention. Il en résultait une perforation du voile qui, aux yeux d'un public ignorant, pouvait faire croire à une maladresse, à une blessure opératoire du voile faite par l'opérateur. Lorsqu'un malade se présente avec le syndrome adénoïdien, il faut donc étudier tous les symptômes avec le plus grand soin avant de conseiller une intervention. Si l'on observe quelque chose d'anormal, on fera bien d'attendre quelque temps avant de se prononcer d'une façon formelle sur l'absolue nécessité de l'opération.

Aussi, dans la seconde observation, j'ai refusé d'intervenir; mais, mon refus n'était nullement basé sur ce fait que je reconnaissais la nature spécifique de la lésion, j'étais absolument convaincu de l'existence des végétations adénoïdes, mais parce qu'il s'agissait d'une cardiopathie sérieuse et que, en outre, la malade avait eu déjà plusieurs épistaxis; je voulais donc m'épargner

des ennuis opératoires, et je redoutais des complications mais, mon erreur de diagnostic restait aussi complète que possible.

L'erreur de diagnostic aurait-elle pu être évitée dès le début ? En présence de ces deux malades présentant l'une et l'autre le type adénoïdien, existait-il quelques signes permettant de dépister une de ces manifestations si obscures parfois du tertiarisme syphilitique ? Dans le premier comme dans le second cas, les accidents franchement inflammatoires du processus gommeux ne se sont produits qu'un certain temps après le premier examen. Chez la première malade, il y avait du coryza chronique ; mais, les végétations adénoïdes, ou bien suppriment complètement la sécrétion nasale par la voie antérieure, ou bien elles l'augmentent d'une façon notable. Chez la seconde malade, il y avait des épistaxis, mais les épistaxis ne sont point chose rare dans l'enfance et même dans les cas de tumeurs adénoïdes.

La première enfant était âgée de dix ans, et quand bien même les phénomènes d'obstruction nasale étaient d'origine relativement récentes, on pouvait toujours supposer que l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée avait subi plus ou moins brusquement une augmentation de volume n'ayant plus de tendance à la régression. Chez la deuxième malade âgée de quinze ans et demi, les troubles de la respiration nasale dataient de quelques mois seulement, et cette circonstance aurait dû éveiller mon attention, puisqu'à l'âge de quinze ans, il est rare de voir des végétations adénoïdes prendre soudain un volume considérable. Dans ce même cas, la rhinoscopie postérieure aurait peut être pu m'éclairer en me dévoilant l'existence d'un tissu hypertrophié ne présentant pas la surface ordinaire du tissu adénoïde.

Je n'ai fait que des recherches incomplètes sur la question, mais je n'ai trouvé, pour ainsi dire, aucun renseignement important. Les traités classiques, à propos du diagnostic différentiel, ne discutent pas les caractères distinctifs des tumeurs adénoïdes et des lésions tertiaires du naso-pharynx. J'ai pourtant trouvé, dans les Annales de Moure de 1891, une note de Moure et Raulin touchant les manifestations de la syphilis sur les tonsilles pharyngée et linguale. Cet article vise surtout les manifestations secondaires. Les auteurs comparant l'amygdale pharyngée aux amygdales palatines déclarent que l'une et l'autre variété peuvent, sous l'influence de l'infection spécifique, subir une augmentation de volume. L'hypertrophie secondaire des amygdales palatines est bien connue déjà, et ils apportent de nouvelles observations démontrant que semblable hypertrophie peut se produire du côté de l'amygdale pharyngée.

Ils donnent une excellente description de cette manifestation secondaire. Ils ajoutent ensuite, mais sans observations à l'appui de leur dire, que les divers groupes de tissu réticulé du naso-pharynx peuvent, à la période tertiaire, être également mis en cause et se conduire à la manière des tonsilles palatines si souvent affectées d'infiltration gommeuse. C'est dans la glande de Luschka, disent-ils, que se développent ces ulcérations spécifiques de la voûte du pharynx qui arrivent parfois à perforer la cavité crânienne. C'est aussi sur le dos du voile du palais que se produit l'infiltration gommeuse qui aboutit à la perforation du voile.

Loin de moi la pensée de dire que les manifestations tertiaires du naso-pharynx sont rares ; j'en ai vu, comme tous mes collègues, de très nombreux exemples. Mais ils se présentent d'une façon différente, et sont facilement reconnaissables par les désordres de voisinage, que l'on peut constater *de visu* et sur le voile du palais, et sur la paroi postérieure du pharynx et dans l'une ou l'autre des deux fosses nasales. Dans nos deux cas, il en était tout autrement : tout le processus avait évolué exclusivement dans le naso-pharynx, entraînant à sa suite les symptômes ordinaires des végétations adénoïdes. Rien par l'examen des cavités buccale ou nasale ne pouvait faire soupçonner l'affection syphilitique. En outre, il s'agissait d'enfants chez lesquels des végétations adénoïdes sont fréquentes et chez lesquels, par tendance naturelle, on est moins porté à songer à la syphilis, surtout quand on ne constate aucune ulcération ou gonflement, avec rougeur plus ou moins intense de la muqueuse. Chez mes deux malades, je le répète, il y avait simplement de l'hypertrophie de l'amygdale naso-pharyngée, et cette hypertrophie, au toucher digital, donnait la même sensation que les végétations adénoïdes les plus vulgaires.

M. Poyet. Dans le premier cas, la syphilis de la mère a-t-elle été reconnue ?

M. Garel. La mère ne savait rien ; mais, étant donnée la rapidité d'action vraiment merveilleuse de l'iodure, il n'y a pas de doute sur la nature spécifique de la lésion ; je ne vois pas d'affection autre que la syphilis qui puisse être influencée de la sorte par l'iodure.

M. Raugé. J'ai observé un cas tout à fait analogue à ceux rapportés par M. Garel. C'était chez une fillette de dix ans, qui avait de l'obstruction nasale, absolument comme les adénoïdiens, de la surdité, de la kératite parenchymateuse. La mère avouait la syphilis, elle avait, d'ailleurs, une perforation de la voûte palatine.

M. Garel. Mes malades ne présentaient pas d'autres signes de syphilis héréditaire, pouvant se rapporter à la triade d'Hutchinson.

Le relief acoustique et l'audition bi-auriculaire. — **M. Paul Raugé** (Challes). Ce n'est certainement pas sans raison que tous nos appareils sensoriels, à l'exception de celui du goût, sont doubles et symétriquement bilatéraux ; il est probable que cette dualité répond à un besoin physiologique commun à tous ces appareils. Si nous possédons deux oreilles, ce n'est pas simplement pour mieux entendre, ni pour avoir, en cas de perte, un second organe en réserve. Le vrai but de cette double dépense, c'est de nous renseigner sur la direction des sons et de nous permettre d'obtenir ce que l'on peut appeler la notion du relief acoustique. Pour mieux faire comprendre ma pensée, je montrerai le parallèle qu'on peut étroitement établir entre le mécanisme de ce relief acoustique et celui, beaucoup mieux connu, du relief optique proprement dit. On sait que la vision monoculaire nous fait voir les objets sur un seul plan et ne nous donne aucune idée de leur superposition dans l'espace. La rétine, étant elle-même une surface sans épaisseur, ne peut recueillir et transmettre au cerveau que l'image d'une surface. Pour nous donner la notion de profondeur, la nature a dû recourir à un détour ingénieux : elle a mis à notre disposition deux images, toutes deux planes, mais différentes, et différant précisément parce que les divers points de ces images proviennent en réalité d'objets placés dans des plans différents. C'est donc par le degré de cette dissemblance des deux images droite et gauche que nous apprenons, par accoutumance, à juger du relief des corps. Or les échoses, en acoustiques, se passent exactement de même. Si l'on imagine une oreille unique isolée en un point de l'espace, cet appareil récepteur simple percevra indistinctement tous les sons, quelle qu'en soit la direction, et n'aura aucune raison pour en apprécier la provenance. Supposons, au contraire, deux organes pareils placés à une certaine distance l'un de l'autre et différemment orientés comme le sont les deux oreilles. A chacun des deux va répondre une image acoustique particulière, comme tout à l'heure une image optique répondait à chacun des deux yeux. Ces deux images ne sont égales que lorsque la source sonore est située exactement dans le plan de symétrie des deux oreilles. Mais, dès que cette source s'écarte de ce plan de symétrie pour se porter d'un côté ou de l'autre, l'image acoustique correspondante devient plus ou moins prédominante. Or, comme le sens et la valeur de cette inégalité des deux images auditeurs dépend uniquement du point d'où vient le son, on conçoit qu'elle nous renseigne sur la position des objets sonores comme la différence des deux images oculaires nous renseigne sur la position des objets visibles. L'auteur termine en invoquant, à l'appui de son raisonnement, la clinique et l'expérimentation. La première nous apprend que les malades qui deviennent brusquement sourds d'une oreille perdent la notion de la direction des sons, exactement comme les borgnes perdent la notion du relief : c'est le phénomène bien connu des otologistes sous le nom de *paracousie de lieu*. La seconde a permis à l'auteur de constater que, si l'on bouche hermétiquement une oreille chez une personne saine, le sujet devient incapable de reconnaître de quel côté viennent les bruits, mais qu'il recouvre cette faculté aussitôt qu'en débouchant son oreille on la remet en possession de l'audition bilatérale.

M. Vacher. Je ne partage pas, au point de vue visuel, l'avis de M. Raugé. Dans le stéréoscope, par exemple, la sensation de relief est donnée par une diplopie légère : la sensation de relief est une sensation d'éducation, qui peut être fournie par un seul œil.

De la sténose congénitale des fosses nasales et du naso-pharynx simulant le syndrome adénoïdien. — **M. Escat** (Toulouse). La sténose congénitale des fosses nasales et du naso-pharynx peut, à elle seule, en l'absence de végétations adénoïdes, en provoquant l'insuffisance respiratoire, reproduire jusqu'à un certain point les symptômes, les attitudes et les déformations qui caractérisent le syndrome adénoïdien.

J'ai observé quelques cas typiques de ces déformations.

Le premier a trait à un malade de vingt-deux ans, dégénéré épileptique, que j'observai en 1893, à l'asile Sainte-Anne. Ce sujet offrait un faciès qui rappelait celui des sujets atteints de végétations adénoïdes, nez aminci, bouche ouverte, atrésie du thorax.

Le deuxième concerne un enfant de dix ans, arriéré qui présentait les mêmes déformations faciales.

Le troisième un homme de cinquante-six ans.

Chez ces trois sujets, il n'y avait pas trace de végétations adénoïdes ; la rhinoscopie et le toucher démontraient l'atrésie manifeste des fosses nasales, et surtout de la cavité naso-pharyngienne.

Chez ces malades on observe, en outre, de l'anomalie que je signale, d'autres déformations du squelette, surtout du crâne, la microcéphalie et la dolichocéphalie le plus fréquemment.

Les troubles auditifs sont moins prononcés que chez les adénoïdiens, la surdité est plutôt cérébrale que sensorielle. Comme troubles intellectuels, on observe de la débilité mentale plutôt que de l'aprosexie.

L'existence de ces faits montre que la seule constatation des signes extérieurs ne suffit pas pour affirmer l'existence de végétations adénoïdes, et que l'examen des cavités est indispensable pour affirmer le diagnostic.

M. Moure. J'ai observé souvent des sujets présentant le type adénoïdien, et qui avaient simplement de la sténose nasale, sans végétations adénoïdes.

M. Castex. J'ai observé aussi ce type chez des enfants atteints de rhinite hypertrophique ou ayant des queues de cornets.

M. Lubet-Barbon. Je ferai remarquer que, parfois, ces faux adénoïdiens sont, en même temps, de vrais adénoïdiens : ils sont les deux. On les opère de leurs végétations adénoïdes, mais les lésions nasales, produisant la gêne respiratoire, n'en existent pas moins et entraînent la persistance du type adénoïdien.

L'hémianopsie dans les abcès cérébraux d'origine otique. — **MM. Lannois** et **Jaboulay.** Le sujet de notre observation est d'un malade, porteur depuis vingt-cinq ans, d'une otorrhée, qui fut pris brusquement de phénomènes indiquant l'existence d'un abcès cérébral (vertiges, céphalalgie intense, hémiparésie droite, d'intensité variable, etc.). Il présentait, en outre, des signes de cécité verbale et d'aphasie de conductibilité. Pas de surdité verbale. En outre, il existait une hémianopsie homonyme latérale droite, avec conservation du réflexe pupillaire. Le diagnostic du siège de l'abcès était donc ainsi nettement précisé.

Cependant, après l'ouverture de l'apophyse et une trépanation crânienne étendue, les ponctions restèrent infructueuses, probablement parce qu'on se servit d'une aiguille et que l'abcès était trop petit. Quelques jours plus tard, une nouvelle ponction donna issue à une quantité de pus, et l'autopsie confirma le diagnostic d'abcès du lobe occipital.

Les auteurs font remarquer que l'aphasie de l'abcès cérébral otique est le plus souvent une aphasie de conductibilité, et qu'il n'existe pas de cas net d'aphasie motrice pure.

Nous insistons donc tout particulièrement sur l'importance de la recherche d'un symptôme aussi localisateur que l'hémianopsie dans une affection cérébrale dont le diagnostic est souvent si difficile.

Crises épileptiques et hypertrophie des amygdales. — **M. M. Boulay.** Parmi les nombreux troubles nerveux, locaux ou à distance (toux, spasme glottique, asthme, céphalalgie, etc.), susceptibles d'accompagner les diverses lésions pharyngo-nasales, en particulier l'hypertrophie du tissu adénoïde du pharynx, les phénomènes convulsifs ont été le plus rarement signalés.

Le cas suivant est un exemple typique de crises épileptiformes liées à la présence de grosses amygdales. Il s'agit d'un garçon de douze ans qui, depuis deux ans, était sujet à des crises nerveuses nocturnes, caractérisées par un réveil brusque, avec angoisse et fourmillement dans la langue, suivi de perte de connaissance et de convulsions des muscles de la langue, des lèvres, de la face et souvent aussi des quatre membres, avec embarras de la respiration et menace d'asphyxie, le tout durant de cinq à dix minutes.

L'enfant était porteur d'amygdales énormes et de végétations adénoïdes : sa respiration était particulièrement gênée la nuit. On commença par enlever les amygdales, et, à partir de ce jour, les accès, qui étaient devenus de plus en plus fréquents dans les derniers temps, ne sont plus reparus. Les végétations adénoïdes furent enlevées ultérieurement.

Il s'agissait vraisemblablement, non pas d'épilepsie vraie, mais de crises convulsives réflexes, analogues aux accidents épileptiformes que sont susceptibles de provoquer les corps étrangers de l'oreille et certaines lésions des fosses nasales.

M. Helme. A propos des crises nocturnes d'épilepsie du malade de M. Boulay, je ferai remarquer que, dans les cas d'hypertrophie des amygdales palatines, les troubles se produisent pendant la nuit, tandis que chez les adenoïdiens, les troubles sont continuels, aussi bien le jour que la nuit.

Trépanations mastoïdiennes. — **M. Castex.** L'ouverture de l'apophyse mastoïde étant une des opérations qui se présentent le plus souvent à notre intervention, j'ai cru devoir présenter sur ce sujet le résultat de mes observations personnelles.

Au point de vue des indications de l'ouverture de l'apophyse mastoïde, dans la majorité des cas, j'ai trépané pour mettre à jour l'antre, l'aditus et la caisse chez des jeunes gens atteints d'otorrhée rebelle, remontant à l'enfance, et qui, par un traitement médical n'avaient pu s'en débarrasser. Parfois, pour une mastoïdite consécutive à l'infection de la cavité tympanique, au cours d'une maladie infectieuse, rougeole et surtout scarlatine. Dans deux cas, j'ai opéré avec succès pour de simples douleurs.

L'incision la meilleure me paraît celle qui côtoye la ligne d'insertion du pavillon, à 5 millimètres en arrière environ. Pour mettre à jour l'antre et ne pas s'égarer dans la cavité crânienne, la recherche de l'épine de Henle m'a semblé toujours très utile. Pour les autres règles opératoires, je me conforme aux règles de Schwarze, de Stackle et autres. Je signale les anomalies possibles dans la situation du sinus latéral qui peut passer près du bord antérieur de l'apophyse.

En ce qui concerne le pansement, j'ai renoncé à peu près aux pansements secs ; je considère les pansements humides comme très utiles, ainsi que la désinfection naso-pharyngienne, lorsqu'il s'agit de tympans suppurants ; je me sers pour ces lavages d'eau naphtolée chaude au millième.

On arrive généralement à tarir en quelques semaines les suppurations tympanico-mastoïdiennes datant de l'enfance, à la condition que l'évidement des cavités sup-

purantes soit complet, ce qu'on obtient très bien avec le procédé de Stackle. Les conséquences de l'opération sur l'état général des sujets est remarquable. D'un adolescent chétif, émacié, souffrant de la tête, l'intervention fait un jeune homme robuste, plein d'entrain, heureux de reprendre activement des études péniblement suivies jusqu'alors.

Troubles réflexes consécutifs à l'hypertrophie de la partie postérieure des cornets inférieurs. — **M. Martin.** Il semble que les troubles résultant de l'hypertrophie de la partie postérieure des cornets inférieurs soient seulement des troubles respiratoires causés par l'obstruction des choanes. Cependant, il n'en est pas ainsi, et on constate, en dehors des troubles respiratoires, des troubles réflexes absolument indépendants des premiers; en effet, la cautérisation de la queue du cornet fait disparaître les réflexes, et, cependant, elle s'accompagne d'une exsudation telle que la fermeture de la choane est plus grande qu'avant la cautérisation: la gêne respiratoire produite de ce fait est bien considérable; mais elle est considérée par le malade comme une chose presque nouvelle, et tous s'expriment à peu près de la façon suivante pour faire constater ce nouvel état : *Je suis débarrassé*, disent-ils, *mais je suis très bouché.*

Ces *troubles réflexes* sont tantôt *généraux* : mal de tête, névralgie; tantôt *locaux* : toux, chatouillements, bourdonnements, surdité.

J'ai pris un petit nombre d'observations types pour indiquer plus nettement la série de faits sur lesquels je désire appeler l'attention.

M. X..., cinquante-quatre ans, nez bouché, renifle sans cesse; mal de tête constant depuis plusieurs années.

Grosse queue du cornet à gauche;

Petite queue du cornet à droite.

La crainte de voir un peu de sang fait rejeter l'arme chaude. Destruction au galvano. Revient deux jours après, l'ouverture postérieure gauche est plus fermée que jamais par la présence d'une entrem énorme. Mais le mal de tête a disparu.

M. X.., musicien, vingt-neuf ans. Bourdonnements à gauche depuis huit à dix jours; audition égale des deux côtés. Pas de troubles respiratoires.

Très petite queue du cornet à gauche.

Ablation à l'anse chaude; les bourdonnements disparaissent sur le champ.

M. X..., quarante-deux ans. Bourdonnements avec diminution de l'ouïe à droite depuis une quinzaine. Pas de gêne respiratoire. Déviation de la cloison à gauche. Forme du cornet droit, membrane normale. Refuse l'ablation; la destruction au galvano améliore l'audition et fait cesser les bourdonnements. Le lendemain, plus de bourdonnements, et audition normale.

M. X..., vingt-cinq ans, chanteur. Chatouillements dans le côté gauche du nez, qui sont suivis de toux et empêchant le chant.

Hypertrophie de la partie postérieure du cornet gauche. Sous forme du cornet, l'attouchement de la sonde sur cette partie provoque la toux.

Cautérisation au galvano de toute la partie postérieure.

Revient le surlendemain, plus de chatouillements ni de toux.

M. X..., trente-deux ans. Se plaint de douleurs de la voûte palatine qui le gênent depuis très longtemps. Ces douleurs sont exaspérées par la chaleur et le froid, en particulier, par la déglutition d'aliments très froids ou très chauds.

Pas de gêne respiratoire. Extrémités postérieures des cornets inférieurs, molles, assez volumineuses, mais ne formant pas forme du cornet.

En tranchant avec le stylet le malade dit sentir plus fort la douleur dans le palais.

Une cautérisation assez profonde des deux côtés fait disparaître les douleurs qui n'ont plus reparu.

Traitement des végétations adénoïdes.

M. Helme, rapporteur.

(Voir *Presse médicale*, n° 36, 2 Mai 1896.)

M. Mounier. Dans son rapport, M. Helme donne, pour l'opération, la préférence à la curette sur la pince. Je trouve qu'avec la curette seule, on ne peut pas toujours tout enlever, c'est ainsi que, chez certains enfants, il peut rester des lambeaux de végétations qui entraînent des réflexes persistants. J'ai constaté un cas de ce genre chez une jeune fille, antérieurement opérée, et pour laquelle il m'a fallu recourir à la pince. Donc, je préfère la méthode mixte, avec des pinces à courbure brusque, qui enlèvent mieux les végétations au ras des choanes.

Je ne vois pas d'inconvénient à se servir d'une curette très coupante, qui enlève tout risque de déchirure de la muqueuse.

Après l'opération, je ne mets jamais mes malades au lit, et je ne m'en suis jamais trouvé mal. De suite après l'opération, je pratique un lavage un peu chaud, qui agit contre les menaces de saignement.

M. Wagnier. Autrefois, j'observais souvent de la fièvre après une opération; aujourd'hui, je n'en observe plus, depuis que je fais des lavages avec une solution au 2/1000 de sublimé.

M. Lermoyez. Autrefois, je lavais et j'avais de la fièvre. Aujourd'hui, je ne lave plus et je n'ai plus de fièvre; prenant la température rectale de mes malades, le soir de l'opération, je la trouve toujours à 37°,8.

Quant à l'action des lavages chauds sur l'hémorrhagie : d'abord, le sang s'arrête généralement de lui-même, et puis, je ne vois pas quelle action hémostatique réflexe on peut attendre d'une eau à 40 degrés, d'une température à peine de 3 degrés supérieure à celle du sang.

M. Moure. D'après les résultats de ma pratique, je suis en communauté d'idées avec M. Helme sur certains points, mais en désaccord sur d'autres.

Comme lui, je pense que pour arriver à un diagnostic complet, le miroir ne suffit pas; il faut le toucher.

Au point de vue de l'hémophilie, il ne faut pas toujours être arrêté par des opérations antérieures, suivies de pertes de sang inquiétantes. C'est ainsi que j'ai opéré un enfant qui avait eu une hémorrhagie à la suite de l'ablation d'amygdales palatines, et tout s'est parfaitement passé.

Les *petites végétations* doivent être toujours enlevées, comme le dit très bien M. Helme, mais, je me demande pourquoi il se montre aussi sévère pour les lavages. Il préconise, avant l'opération, les badigeonnages rétro-pharyngiens. Or, ceux-ci sont d'une grande difficulté, et risquent de provoquer des traumatismes pouvant amener des poussées inflammatoires.

Je pratique les injections nasales pré-opératoires et je n'ai jamais eu à m'en plaindre. Elles ont l'avantage de nettoyer le champ opératoire, d'enlever les grosses mucosités qui l'obstruent. Le seul cas dans lequel je m'abstienne, c'est lorsque les végétations adénoïdes, par leur volume, par leur situation, empêchent le liquide injecté par une narine de revenir par l'autre narine, le courant de s'établir.

Quant au traitement médical, je suis persuadé de son inutilité, j'ai fait jusqu'à 30 et 40 badigeonnages résorcinés sans résultat. Chez un jeune homme, après 40 badigeonnages, j'ai fait l'ablation de végétations adénoïdes qui, examinées histologiquement, ne présentaient pas trace, même à leur surface, du moindre processus de régression.

M. Helme préconise la narcose au bromure d'éthyle, pour éviter la douleur à ses opérés. Je considère que par la narcose, c'est moins l'insensibilité qu'il faut rechercher, car l'ablation des végétations n'est pas par elle-même douloureuse, que l'immobilité du malade. D'ailleurs, en province, il est difficile d'avoir toujours du bromure d'éthyle absolument frais : et puis, les enfants endormis saignent bien plus après l'opération que ceux qu'on n'endort pas; on a souvent des vomissements dans la même journée.

En somme, je ne suis pas pour l'anesthésie systématique, d'autant plus que l'anesthésie fait toujours courir un certain danger, quelque minime qu'il soit.

Quant à l'instrumentation, je varie mes curettes suivant le naso-pharynx; pour les végétations choanales, il faut employer le serre-nœud ou de toutes petites curettes.

J'ai eu comme tous les opérateurs, des hémorrhagies. J'en ai eu d'immédiates et de secondaires; celles-ci après dix jours, trois jours, quatre jours. Chez l'enfant où l'hémorrhagie survenait dix jours après l'opération, il y avait eu, pendant l'opération, une hémorrhagie que j'avais pu enrayer avec un lavage à l'eau froide additionnée de perchlorure de fer.

Je suis partisan des injections post-opératoires, mais, pas dans tous les cas. Quand la cicatrisation se fait normalement, qu'on voit à la surface opérée une sorte de couche pseudo-membraneuse, elles sont inutiles : il n'en est pas de même quand il se produit de la suppuration. J'ai observé des cas de complications auriculaires, des cas d'otites moyennes suppurées, mais je ne crois pas devoir les attribuer aux irrigations; elles étaient dues, bien plutôt, à ce que j'opérais alors qu'il y avait de l'adénoïdite.

Chez l'adulte, je considère l'ablation totale comme très difficile; c'est là où on observe ces lambeaux de muqueuse qu'il faut aller chercher avec le serre-nœud ou avec des pinces.

Mon confrère Régis et moi avons recherché s'il y avait des rapports entre le développement intellectuel et la présence des végétations adénoïdes : il nous a paru démontré qu'il n'y avait aucune différence entre les adénoïdiens et les autres enfants; si les adénoïdiens se développent mal intellectuellement, c'est qu'ils sont des enfants d'autre part maladifs, et souvent atteints de surdité.

M. Suarez. Je pense qu'il est préférable de ne pas anesthésier les malades; je redoute beaucoup le bromure d'éthyle depuis que je l'ai vu en quinze secondes foudroyer une malade, adulte, il est vrai. Au point de vue opératoire, je donne la préférence à la méthode mixte : trois coups de pinces, puis curettage. J'ai supprimé les injections qui, d'après moi, causent les accidents auriculaires.

M. Garel. Il est souvent bien difficile de décider à un premier examen si l'on doit ou non opérer des végétations adénoïdes. Je conseille toujours, avant de décider l'intervention, d'attendre un second et parfois plusieurs autres examens. Il faut savoir, en raison de l'évolution des végétations adénoïdes, ni trop se presser ni trop attendre.

Je ne fais jamais de lavages et je n'ai pas plus de complications que tout autre. Avant l'opération je fais priser de la poudre d'aristol, de suite après l'opération je donne un coup de tampon phéniqué, puis les jours suivants je fais de nouveau priser de l'aristol.

Ma méthode opératoire est la même que celle de M. Suarez, qui est très rapide; trois coups de pince, puis le curettage.

J'emploie l'anesthésie locale à la cocaïne, que j'avoue préférer de beaucoup à l'anesthésie générale et qui évite toute souffrance.

Pour le curettage, il faut divers modèles de curette. Je condamne absolument l'adénotome de Schultze et ne suis pas partisan de la curette de Rousseaux.

Je n'ai pas observé d'hémorrhagie immédiate, et très peu de secondaires. Il est vrai que beaucoup de mes malades quittent Lyon, peu après l'opération et que je ne les suis pas. Quand j'opère à l'hôpital, je ne renvoie jamais mes malades de suite; je les garde un à deux jours en observation.

J'ai observé récemment un cas sur lequel il me paraît intéressant d'attirer l'attention. Une jeune fille de quatorze ans, adénoïdienne, ayant des troubles phonétiques, est opérée par moi; or, deux mois après l'opération, on me la ramène; les troubles phonétiques avaient augmenté d'intensité. Ce fait doit être attribué à ce que Lermoyez a appelé l'insuffisance vélo-palatine.

M. Castex. Dans le but de décongestionner l'adénoïde, qui saigne alors moins, je pratique l'injection chaude.

Pour l'anesthésie, je me sers du bromure d'éthyle qui a l'inconvénient parfois d'amener une contracture fort gênante. Doit-on opérer, avant ou après la contracture? Y a-t-il un moyen de faire cesser cette contracture, en poussant les doses de l'anesthésique? Je ne le crois pas, du moins si j'en juge d'après des expériences faites sur le chien, où 150 grammes de bromure d'éthyle n'amenèrent pas la résolution.

Au point de vue de l'évolution des adénoïdes, je viens d'observer un cas intéressant d'une femme de quarante-quatre ans, chez laquelle on voyait des adénoïdes non opérées, dont la moitié était en dégénérescence épithéliomateuse.

M. Vacher. Je suis opposé à l'anesthésie générale et pratique l'anesthésie locale, à l'aide de l'huile de vaseline gaïacolée au dixième, qui est plus sûre que la cocaïne. Pour opérer, je me sers de ma curette à manche mobile. Comme hémostatique et antiseptique, j'emploie l'eau oxygénée.

M. Martin. Avec M. Lubet-Barbon, nous ne pratiquons les lavages avant ni après l'opération, et nous nous en sommes toujours bien trouvés.

Nous nous servons du bromure d'éthyle, avec lequel nous poussons beaucoup le sujet, jusqu'à ce que la respiration soit profonde.

Depuis que nous n'employons que la curette, nous ne connaissons pas les accidents consécutifs, non plus que les hémorrhagies.

M. Polo. Pour éviter les hémorrhagies je fais prendre, plusieurs jours avant l'opération, chaque jour quelques gouttes de perchlorure de fer.

M. Lubet-Barbon. Dans le cours d'une opération d'adénoïde, ce que nous devons redouter, ce n'est pas le microbe qui est dans le pharynx nasal, mais celui que nous pourrons y apporter. Je considère donc comme capitale l'asepsie des mains et celle des instruments.

Pour faire une opération complète, pour bien s'assurer après du résultat immédiat, l'emploi du bromure d'éthyle est nécessaire. Nous nous servons d'un mélange de bromure avec 10 à 15 pour 100 d'éther; ce qui évite les inconvénients immédiats, comme les contractures et les accidents consécutifs.

M. Lermoyez. Je suis absolument de l'avis de M. Lubet-Barbon. Pour être assuré que l'opération a été bien complète, il faut anesthésier le malade. Le bromure d'éthyle, que j'emploie aussi additionné de un dixième d'éther, évite ainsi les réactions nerveuses qui surviennent dans la journée après l'opération et empêche presque complètement les contractures.

Je suis de l'avis de M. Moure, quand il dit que les adénoïdiens peuvent être intelligents. Je rappellerai à ce propos les exemples de Charles-Quint, de Canova, qui étaient certainement des adénoïdiens.

Au point de vue du choix des instruments, je ne dirai qu'un mot, et me servirai d'une image qui fera bien comprendra ma pensée : quand on veut raboter une planche, on prend un rabot et non pas des tenailles.

Quant aux lavages, je ne ferai que répéter ce que je disais plus haut, je n'en vois pas l'utilité et je n'en vois que trop les dangers.

M. Texier. Je considère comme dangereux de donner plus de 10 à 15 grammes de bromure d'éthyle, qui amènent un état d'inhibition cérébrale très suffisant pour opérer.

M. Jouslain. J'attire l'attention sur un élément de diagnostic qui n'a pas été signalé, c'est la nappe de mucopus que l'on voit descendre du naso-pharynx, quand on examine la gorge des malades, avec l'abaisse-langue.

Je me contente toujours pour opérer, d'une narcose incomplète.

Chez les adultes, je me sers du cautère plat, du miroir et du relève-luette de Schmidt.

M. Joal. Je me demande si M. Helme n'aurait pas dû prémunir contre le séjour au bord de la mer des adénoïdiens; séjour sur les dangers duquel M. Gellé a si

justement insisté. J'ai observé moi-même récemment deux cas qui semblent bien prouver ces dangers.

M. Castex. Dans ces cas, on peut se demander si c'était bien des adénoïdiens vrais.

M. Moure. J'ai vu une enfant entre autres, chez lequel un séjour au bord de la mer avait été manifestement cause d'une poussée d'adénoïdite. Avant la mer, l'opération était discutable; après la mer, elle ne l'était plus.

M. Helme. Je ne vois pas, comme le dit M. Mounier, pourquoi, pour les végétations choanales, les pinces valent mieux que les curettes.

Au point de vue de l'action antiseptique des lavages que recherche M. Moure, je ne vois pas vraiment comment on peut obtenir l'asepsie avec un lavage aussi incomplet, quelque bien fait qu'il soit, d'une durée aussi courte, fait avec un liquide ne pouvant contenir les substances antiseptiques qu'à des doses non actives.

Je crois que théoriquement le badigeonnage phéniqué à 5 pour 100 que fait M. Garel de suite après l'ablation est excellent, mais pratiquement, il donne une réaction fébrile telle que je n'hésite pas à le repousser.

Je considère l'anesthésie comme nécessaire, car il faut obtenir l'immobilité de l'enfant, et si on l'opère sans l'endormir, il reste, par la suite, impressionné de telle façon que toute autre intervention, quelque légère soit-elle, ne pourrait plus être tentée chez lui.

A M. Garel, je dirai que, au point de vue du mécanisme de certaines complications phonétiques, il est du même avis que M. Charrin.

Enfin, à M. Vacher, je ferai remarquer que l'huile gaïacolée dont il se sert, est encore d'un emploi trop récent pour qu'on puisse en juger les effets. En tout cas, pour avoir une action anesthésique, sur la partie vraiment sensible du champ opératoire, il faudrait pratiquer une injection interstitielle, ce qui est impossible.

Dr E. De Lavarenne.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

Congrès de Mai 1896

La vision binoculaire.
Sa perte et son rétablissement.

M. Ed. Meyer, rapporteur. — La vision normale, avec les deux yeux, réalise sur la vision binoculaire des avantages considérables. Elle gouverne souverainement les mouvements de nos yeux; elle procure une étendue bien plus considérable du champ de regard dans lequel la vision peut s'exercer; enfin elle fournit les éléments essentiels à la perception immédiate et précise de la dimension de profondeur, à la vision corporelle. Le fait de voir simple avec les deux yeux lorsque les images se forment sur les points de la vision la plus distincte (points identiques des deux rétines), repose sur une faculté innée ou résulte de l'expérience acquise de bonne heure, que ces deux images ne se rapportent toujours, qu'à un seul et unique objet. Lorsqu'on regarde avec un œil, tous les points ou objets qui remplissent le champ visuel paraissent rangés, aussi longtemps que l'œil et la tête sont tenus immobiles, comme sur une surface plane, et ne présentent de différences que dans deux dimensions. L'usage du second œil ne nous donne un nouvel élément de sensation utilisable, que lorsque sa ligne de visée coupe celle du premier à une distance déterminée. L'angle de convergence, formé alors par les deux lignes de regard, détermine la distance où nous projetons le point regardé avec nos deux yeux. C'est par les mouvements de convergence nécessaires pour des points situés à des distances différentes, que nous reconnaissons si un point est situé en avant ou en arrière d'un autre et quelle est la distance qui les sépare. A cet élément d'appréciation s'ajoutent encore l'accommodation, la connaissance préalable de la grandeur et de la forme des objets, l'éclairage, les ombres portées, etc. Mais le moyen le plus important et le plus exact de tous ceux qui peuvent nous procurer la notion de la dimension de profondeur et la vision corporelle, repose sur la comparaison des images perspectives que présente un objet lorsqu'on le regarde sous des points de vue différents. Si donc c'est par la convergence et par la combinaison d'images différentes fournies par les deux yeux que nous arrivons à l'appréciation des différences de distances que présentent les différents points d'un même objets — appréciation qui détermine la notion et la mesure du relief — ce n'est cependant qu'à condition de promener les lignes du regard sans cesse sur les différents points et contours de ces objets, de façon à recevoir, successivement sur les centres identiques des foveas, les images de tous ces points. Ce déplacement constant du regard donne à la notion des profondeurs toute la finesse et l'exactitude avec lesquelles la vision naturelle distingue et mesure les plus petites différences de niveau et de relief des objets. Bien que les mouvements de nos deux yeux jouent un rôle capital dans la vision corporelle, il est certain aussi, ainsi que les expériences de Hering et de Dove le démontrent, que la dimension de profondeur peut être reconnue avec exactitude, même à l'exclusion de tous les mouvements oculaires.

La perte de la vision binoculaire. — La perte de la vision binoculaire normale peut se manifester par l'apparition de la diplopie. Dans les autres cas, pour se rendre compte de l'existence ou de l'absence de la vision binoculaire, on se sert de différents moyens. Le plus simple consiste, après avoir déterminé la vision de chaque œil, à rechercher l'état de la fixation binoculaire dont l'accomplissement normal est la condition essentielle de la vision binoculaire. Un autre moyen consiste à mettre devant les yeux des verres, l'un rouge et l'autre bleu, pour lire des lettres rouges et bleues; si toutes les lettres sont vues immédiatement, la vision est binoculaire. On peut aussi faire lire le sujet à examiner, en interposant entre ses yeux et la page imprimée un crayon perpendiculaire à la direction des lignes. Cet objet ne cache aucune lettre de la page, si la lecture est binoculaire. Pour s'assurer si la vision binoculaire donne bien la notion corporelle et le sentiment du relief, il faut se servir du stéréoscope. On peut constater, à l'aide de cet instrument, si les deux yeux voient, en même temps ou alternativement, les deux images stéréoscopiques, c'est-à-dire s'il y a ou s'il n'y a pas de diplopie stéréoscopique, si les deux yeux arrivent à combiner et à fusionner les deux images, s'il y a une sensation de relief, une vision corporelle parfaite. Un procédé excessivement sensible, pour juger de l'existence de la vision binoculaire, est fourni par l'expérience de Hering.

Les yeux placés à l'extrémité d'un tube creux et dirigés sur un point fixé dans ce tube, on laisse tomber des billes tantôt en avant, tantôt en arrière du point fixé. Ceux qui jouissent de la vision binoculaire indiquent avec une grande précision où la bille a passé, tandis que si la vision binoculaire fait défaut, ou peut seulement deviner, et on commet, par conséquent, à peu près 50 pour 100 d'erreurs.

Si la vision avec un œil ne prive pas de la vision corporelle ou de l'appréciation des profondeurs, les personnes qui n'ont jamais vu des deux yeux ou du moins depuis leur jeune âge, la perte de la vision binoculaire a des suites autrement fâcheuses, pour ceux qui pendant toute leur vie, s'en sont servi pour juger du relief et des distances.

C'est d'abord la suppression du contrôle qu'elle exerce sur l'harmonie parfaite des mouvements des deux yeux : l'œil exclu de la vision, pourra porter sa ligne de regard sur tout autre point que celui fixé par l'autre œil. En second lieu, la perte de la vision binoculaire, lorsqu'elle est la conséquence de la perte de la vision d'un œil, produit une diminution notable du champ visuel dans le sens horizontal.

Les causes qui peuvent porter atteinte à l'exercice normal de la vision binoculaire, résident, soit dans les altérations des fonctions visuelles, soit dans un trouble de mobilité. S'il est certain que l'abolition complète ou presque complète d'un œil, abolit en même temps la vision binoculaire, il a été démontré aussi que l'acuité de la vision n'a pas besoin d'être normale pour l'accomplissement de la vision binoculaire. En diminuant l'acuité visuelle d'un œil avec un verre dépoli, on peut abaisser V jusqu'à 1/6 sans troubler la vision binoculaire ou jusqu'à 1/30 sans l'abolir tout à fait. Il résulte des recherches de Greeff et de celles de Van der Meulen que l'anitométropie même du plus haut degré et sans aucune correction n'empêche pas la vision binoculaire aussi longtemps qu'il y a équilibre musculaire des deux yeux. Il en est de même de la diminution de l'accomodation.

Puisque la condition essentielle de la vision binoculaire réside dans la réception de l'image du même objet sur le centre de la fovea de chaque œil et que cette condition ne peut être remplie que lorsque l'harmonie dans les associations des mouvements des yeux est complète, aussitôt que cette harmonie est rompue et qu'elle qu'en soit la cause, la vision binoculaire normale cesse d'exister dans la totalité ou dans une partie du champ visuel du regard, avec ou sans diplopie. La déviation d'un œil pourvu d'une vision suffisante ne s'accompagne pas toujours néanmoins de diplopie; la grande majorité des strabiques ne voit pas double et même, chez beaucoup d'entre eux, on éprouve une très grande difficulté à provoquer les phénomènes de la diplopie. L'explication généralement admise pour l'absence de diplopie dans le strabisme consiste à supposer que l'attention tout entière se porte sur le champ de vision de l'œil normalement dirigé, néglige celui de l'autre d'autant plus volontiers qu'il est plutôt nuisible qu'utile à la vision distincte des objets regardés. Cette faculté acquise de faire abstraction d'un champ visuel, s'exerce tout d'abord sur le point de la rétine déviée qui reçoit l'image de l'objet regardé par l'autre œil normalement dirigé. Elle s'étend petit à petit sur les régions voisines, surtout en direction horizontale, tandis que les parties supérieures et inférieures de la rétine restent longtemps accessibles à la diplopie. Plus difficiles à expliquer sont les cas de strabisme périodique où la vision binoculaire manque non seulement lorsqu'un des yeux est dévié, mais encore lorsque les deux yeux sont en fixation exacte. La véritable explication est probablement que dans ces deux cas et quelle que soit la position des yeux, il n'y a pas de fixation binoculaire malgré l'apparence du contraire.

Aux altérations des fonctions visuelles ou de la motilité qui peuvent mettre en danger ou produire la perte de la vision binoculaire, on devrait ajouter une troisième série de causes : la cause psychique. La vision binoculaire étant un acte cérébral, on doit observer l'absence de vision binoculaire chez un certain nombre d'idiots, d'hydrocéphales.

Le rétablissement de la vision binoculaire. — Les moyens destinés à procurer ou à reconstituer la vision binoculaire doivent être dirigés tout d'abord contre les obstacles qui s'opposent à l'accomplissement de cette fonction. Il faut donc envisager les causes optiques et les troubles de la motilité.

Pour les amétropies, l'indication est formelle : il faut les corriger par des verres appropriés. Pour les cas où la faiblesse visuelle d'un œil a empêché la vision binoculaire de s'établir, ou a été la cause de sa perte, la possibilité d'un traitement heureux dépend en premier lieu du degré de cette faiblesse et de l'éventualité de l'améliorer à un degré compatible avec l'exercice de la vision binoculaire. On peut fixer 1/10e de l'acuité normale comme la limite moyenne au-dessous de laquelle on ne doit pas espérer un résultat favorable. Dans certains cas, l'amblyopie peut être corrigée par des exercices visuels à l'aide de verres grossissants. Tous ceux chez lesquels V = 1/10 ne sont pas aptes à récupérer la vision binoculaire, mais on peut reconnaître les cas favorables : ce sont ceux où il est possible de provoquer la diplopie.

Quant aux troubles de la motilité, il faut faire une distinction entre les déviations de nature paralytique et les autres.

La paralysie demande, avant tout, le traitement de la cause qui l'a produite. Dans les cas où la paralysie reste stationnaire, on peut recourir aux courants électriques, aux mouvements passifs provoqués dans le muscle paralysé; on peut encore se servir de la diplopie pour exciter les contractions du muscle affaibli.

Une intervention chirurgicale ne peut venir en question que dans les cas depuis assez longtemps stationnaires où tous les moyens indiqués ont été employés inutilement.

Quant aux déviations non paralytiques, les indications thérapeutiques varient avec leur nature et leur période d'évolution. Le strabisme convergent périodique, habituellement lié à l'hypermétropie, sera corrigé par les verres convexes. Contre le strabisme divergent périodique des enfants, on se trouvera bien des exercices faits avec des prismes à réfraction nasale.

Dans le strabisme permanent, on cherchera à reconnaître si l'œil dévié a conservé la faculté de fixer correctement. Dans ce cas, on peut espérer rétablir la vision binoculaire après correction opératoire de la déviation. Cette correction doit être suivie d'exercices orthoptiques destinés à compléter le traitement et à assurer son succès par une vision binoculaire aussi parfaite que possible. Pour cela, on fera faire des exercices stéréoscopiques

M. Landolt. Je suis en parfaite communion d'idées avec le rapporteur, si ce n'est toutefois au point de vue des avantages de la vision binoculaire; dans le traitement des déviations strabiques, ce que je recherche avant tout c'est le résultat esthétique. La disposition à la vision binoculaire est ignée. Ele ne se développe pas si les deux yeux sont animuétropes et si l'appareil moteur ne se développe pas simultanément. La première indication est donc de relever l'acuité dans l'œil le moins bon, puis de soumettre le malade à des exercices orthoptiques. Après l'intervention chirurgicale, lorsque celle-ci est nécessaire, la vision binoculaire peut revenir instantanément, mais il est plus sûr d'instituer des exercices stéréoscopiques.

M. Masselon. Pour ce qui concerne la question : l'amblyopie est-elle la cause ou la conséquence du strabisme ? M. Masselon ayant eu l'occasion d'examiner dans les écoles communales de Paris un grand nombre d'enfants tout au début du strabisme, a été frappé de la vision relativement bonne qu'ils présentaient à cette période et en conclut que dans la très grande majorité des cas l'amblyopie est la conséquence du strabisme.

Relativement à la vision binoculaire dans la paralysie musculaire, M. Meyer dit dans son intéressant rapport que dans les cas de paralysie complète du muscle, il existe « une diplopie dans toute la partie du champ de regard où l'action du muscle atteint fait défaut, le point de fixation compris, tout en étant conservée dans le reste du champ de regard ». En réalité, la diplopie est bien plus étendue dans ces cas et elle empiète très loin dans le sens de l'action du muscle sain, et cela, dès le le début, c'est-à-dire à une période où il ne peut pas être question de contracture de l'antagoniste. Ce fait, déjà déduit par M. Landolt d'une très ingénieuse étude sur le champ de regard, pouvait être prévu en considérant qu'un muscle paralysé perd sa tonicité et que l'œil tend toujours à être entraîné à l'excès du côté du muscle sain, cette action se manifestant plus ou moins dans toute l'étendue de son excursion. La diplopie, pour se révéler au delà de la limite d'action du muscle affecté, ne réclame nullement une paralysie complète, et on la voit dès le début dans des paralysies très incomplètes.

M. Antonelli. Parmi les causes de perte de la vision binoculaire, il est important de signaler la *dissymétrie du crâne et de la face, chez les enfants.* Ce vice de conformation, en effet, se trouve en rapport, à la fois, avec les deux grands groupes de causes qui compromettent la vision binoculaire simple; c'est-à-dire les altérations de la fonction visuelle et les troubles de motilité.

Le défaut de développement d'une moitié de la tête est presque toujours associé à la déformation de la coque oculaire correspondante. A l'aide de l'ophtalmo-

nêtre Javal, j'ai reconnu que, presque toujours, l'œi ui appartient à la moitié de la tête moins développée, e trouve plus bas, et plus enfoncé dans l'orbite, par rap ort à son congénère, et il est aussi atteint d'asymétrie lus ou moine forte avec acuité défectueuse. L'intérêt e la vision simple binoculaire, pourrait bien amener appareil moteur des yeux à compenser leur *dénivellation* (pour nous servir d'un mot générique); mais l'action simultanée de l'anisométropie rend presque inévitable le strabisme chez les enfants à dissymétrie crânienne très prononcée.

M. Dianoux. MM. Landolt et Masselon ayant exprimé ne partie des idées que je voulais soumettre à l'assemblée, ma tâche se trouve singulièrement allégée. Je me ornerai à deux observations. Je signalerai d'abord une acune dans l'énumération des causes de perte de la vision binoculaire, c'est l'influence de l'occlusion d'un œil hez les très jeunes enfants, même lorsqu'elle n'est pas ien prolongée. J'ai vu survenir un strabisme convergent dans plusieurs cas où l'occlusion d'un œil avait été nécessitée par une kératite, mais j'en ai vu aussi deux cas où la cornée était hors de cause : ainsi dans un abcès de l'angle interne, le strabisme consécutif qui n'a jamais guéri, ne pouvait être attribué à la diminution de l'acuité visuelle d'un œil. Il ne faut voir là qu'une facilité regrettable à abandonner une habitude à peine contractée. Si l'occlusion est indispensable, il est prudent de mettre le bandeau sur les deux yeux.

Je ne puis que confirmer l'opinion de Javal : que le stéréoscope permet seul la restitution de la vision binoculaire après, et peut-être devrais-je dire, surtout après la ténotomie.

Je me loue tout particulièrement du stéréoscope à charnière, avec lequel il m'a paru plus facile qu'avec le verre rouge lui-même, de provoquer la diplopie et ultérieurement la fusion.

La simplicité du mécanisme se prête merveilleusement à l'emploi de l'instrument. Il est facile à mettre en main, et le strabisme peut se contrôler à tout moment, presque à la dérobée, si les yeux sont bien en forme.

Le stéréoscope de Brewster et les cordons si ingénieux de Javal sont des moyens de perfectionnement; mais ils exigent une intelligence et une persévérance rares à rencontrer.

Il faut que le médecin arrive à donner la foi à son client; dès lors, le succès est assuré.

La récupération de la vision binoculaire est une question de volonté.

M. Vacher. L'anisométropie ne cause pas la perte de la vision binoculaire, mais bien la correction complète de cette anisométropie.

M. Martin. Rien n'est plus difficile que de rétablir la vision binoculaire, mais il est difficile aussi de provoquer la perte de la vision binoculaire lorsqu'elle existe. Pour faire supporter des verres entièrement correcteurs, il faut employer des verres de plus en plus forts, en augmentant d'une demi ou d'une dioptrie. Meyer conseille, pour l'amélioration de l'amblyopie strabique, l'emploi de verres grossissants; je crois qu'il y a utilité à leur combiner des verres cylindriques, lorsqu'il existe de l'astigmatisme, ce qui est fréquent.

M. Ostwalt. La mauvaise position, l'inclinaison de la tête chez les enfants, peut contribuer au vice de développement de la vision binoculaire. M. Meyer conseille d'empêcher l'inclinaison du corps par un lien fixé sur le dossier de la chaise. Je vous présente un petit appareil construit par un instituteur, M. Muller, et qui est constitué par une monture de lunettes avec un volet en celluloïd, qui, dans la position droite, se tient horizontalement, tandis que l'inclinaison de la tête a pour effet de lui faire prendre une position verticale qui s'oppose à la vision et force ainsi le sujet à garder une bonne position.

M. Parinaud. M. Meyer s'est efforcé de nous exposer l'état de la science sur la vision binoculaire. Son rapport aura ce résultat de montrer l'impossibilité d'extraire de tout ce qui a été écrit sur ce sujet une conception générale de la vision binoculaire. L'étude de la vision binoculaire est à refaire sur des bases nouvelles, en se dégageant des idées théoriques des psychologues et des mathématiciens qui l'ont abordée. On a cherché la raison des faits dans les doctrines nativistes ou empiristiques, ou encore dans la construction d'oroptères qui ne peuvent que donner une idée fausse de l'identité des rétines et de la vision binoculaire. Le principal inconvénient de ces explications n'est pas de ne rien expliquer, c'est de maintenir la question sur un terrain stérile ou nul progrès sérieux n'est possible. C'est de détourner les esprits du véritable but de l'optique physiologique, qui est *l'explication des phénomènes visuels par les propriétés de structure de l'appareil visuel.*

Il est certain que nous ne sommes pas en état de déduire le fonctionnement de l'appareil visuel de nos connaissances anatomiques, et nous ne le serons pas de longtemps.

A quelles sources devons-nous donc puiser pour pénétrer le mécanisme de la vision binoculaire? Il y en a deux : l'expérimentation physiologique et l'observation clinique, dont les indications concordent admirablement.

La première vérité dont il faut se pénétrer, c'est que la vision binoculaire ne doit pas être confondue avec la vision des deux yeux que l'on peut appeler *vision simultanée*. L'appareil de vision binoculaire n'est pas l'appareil de vision tout entier.

Tout appareil de l'organisme animal est, en général, composé de trois parties : une partie sensitive, une partie motrice et des connexions qui unissent ces deux parties.

La *partie sensitive* ou *sensorielle* de l'appareil de vision binoculaire est représentée par les connexions des rétines avec les centres visuels destinés à assurer leur synergie d'action, connexions qui se traduisent par l'existence de points appelés identiques ou correspondants. Ces connexions ont pour résultat : la faculté d'extérioriser en même temps les images de chaque œil produisant la diplopie; la projection de ces images dans un sens déterminé dépendant de la position relative de chaque œil.

La *partie motrice* de l'appareil de vision binoculaire est représentée par la convergence, destinée à assurer la formation des images de l'objet fixé sur les deux fovea.

Les *connexions qui unissent la partie sensorielle et la partie motrice* de l'appareil de vision binoculaire se traduisent par un réflexe spécial, en vertu duquel deux images qui ne se forment pas sur des points correspondants réagissent sur la convergence. Ce réflexe de convergence est facile à mettre en évidence.

Ce qu'il faut considérer maintenant, c'est que cet appareil est le résultat d'une différenciation anatomique développée sur un autre appareil qui peut persister intact quand l'appareil de vision binoculaire est altéré ou même aboli. Ce nouvel appareil, qu'il convient d'appeler *appareil de vision simultanée*, est également composé de trois parties : Les propriétés de la partie sensorielle sur l'absence de diplopie, malgré la perception simultanée des objets par les deux yeux; la projection de chaque œil se faisant normalement, quelle que soit la position relative des deux yeux.

La partie motrice est représentée par les mouvements associés de directions indépendantes de ceux de convergence.

La partie sensorielle n'est reliée qu'aux centres d'innervation des mouvements associés de direction.

La vision simultanée a des analogies avec la vision uniloculaire ou alternante, mais ne doit pas être confondue avec elle. Il faut admettre trois modes de vision : la vision unioculaire ou alternante, la vision simultanée et la vision binoculaire proprement dite.

Les appareils organiques ont besoin d'une impulsion pour entrer en activité : cette impulsion vient ou directement du cerveau sous forme d'impulsion volontaire, ou d'une excitation périphérique. Quand un appareil est différencié pour plusieurs modalités fonctionnelles, cet appareil est susceptible de réagir d'une manière différente suivant le mode d'excitation. Quand, par exemple, on regarde avec les deux yeux, dans des conditions où la vision binoculaire ne peut pas s'exercer régulièrement, la vision simultanée tend à se substituer à la vision binoculaire.

J'ai défini le strabisme : *Un vice de développement de l'appareil de vision binoculaire*, portant à la fois sur la partie sensorielle et sur la partie motrice de cet appareil. Le vice de développement respecte, au contraire, l'appareil de vision simultanée dans sa partie sensorielle, comme dans sa partie motrice. La déviation, une fois produite, la vision binoculaire est de fait supprimée et remplacée d'emblée par la vision simultanée. L'œil dévié n'est pas, pour cela, exclu de la vision; il continue à percevoir les objets; de plus, il extériore normalement ses impressions. Lorsque la déviation strabique a existé depuis un certain temps, on voit trois faits se produire :

1° Après correction du strabisme, la difficulté et quelquefois l'impossibilité d'obtenir la diplopie;

2° Lorsque la diplopie existe, le peu de tendance ou l'abolition complète de la tendance au fusionnement, c'est-à-dire l'altération du réflexe rétinien de convergence;

3° L'altération progressive de l'innervation de convergence, pouvant aller jusqu'à son abolition complète.

Ainsi, dans le strabisme, l'appareil de vision binoculaire s'altère dans ses trois parties.

Les appareils organiques, envisagés dans leur rapport avec le développement cérébral, se perfectionnent par des différenciations successives des éléments anatomiques dans l'espèce, comme chez l'individu. Ces modifications sont déterminées par l'exercice de la fonction et s'adaptent naturellement aux besoins de la fonction.

La vision binoculaire, au point de vue évolutionniste, nous apparaît comme une fonction de perfectionnement qui n'est pas essentielle, puisque certains individus en sont privés sans s'en douter. Elle nous apparaît comme le résultat d'une différenciation anatomique, développée sur un appareil plus fondamental, plus solidement organisé héréditairement, qui est celui de la vision simultanée. On s'explique comment tout obstacle à la vision binoculaire peut devenir une cause de strabisme d'autant plus efficace que le sujet est plus jeune.

M. Javal. Il y a certainement une divergence entre nos théories et celles d'Helmhotz, par suite de l'intervention du darwinisme, mais, je ne veux pas insister sur le côté théorique, et m'en tenir à la pratique Je ne suis pas d'accord avec M. Meyer sur l'emploi des verres grossissants pour l'amélioration de l'amblyopie strabique. Je préfère l'occlusion de l'œil sain pendant le repos, par exemple, l'enfant étant forcé de faire un effort pour voir ce qu'il prend. Il y a avantage à faire la correction totale de l'amétropie, si elle existe.

Le rétablissement de la vision binoculaire est une entreprise très longue, mais on peut réussir dans la très grande majorité des cas.

Fluxion de la conjonctive. — **M. Trousseau.** Je donne le nom de *fluxion de la conjonctive* à une affection singulière et rare que j'ai observée chez deux individus arthritiques et artério-scléreux. Il s'agit d'une hyperémie active de la conjonctive, survenant brusquement, sans cause appréciable, et disparaissant de même, les crises débutant presque toujours la nuit, durant deux ou trois heures, pour reparaître le jour suivant, une ou deux fois, et cessant après un temps variable. La guérison définitive a toujours été la règle.

Vers le milieu de la nuit, le patient est réveillé par une sensation de vive chaleur, de cuisson, de gravier du côté de l'œil, sans qu'il y ait véritable douleur, en même temps que survient un abondant larmoiement.

L'œil à demi fermé est fortement injecté, la conjonctive bulbaire est très rouge, la pupille contractée reste mobile en même temps que la tension du globe demeure normale.

On ne saurait confondre cette maladie ni avec de la conjonctivite, ni avec de la sclérite, de la névralgie faciale ou du glaucome. C'est une simple hyperémie active de la conjonctive, fugace et intermittente, ne s'accompagnant d'aucun désordre oculaire, guérissant définitivement après quelques reprises, et laissant, une fois disparue, une intégrité parfaite de l'organe visuel.

Sans vouloir rechercher le rôle exacte du trijumeau, voire même du facial, au point de vue du mécanisme de la crise même, je crois qu'on peut considérer comme appartenant à la période initiale de l'artério-sclérose, celle que caractérisent divers troubles vaso-moteurs, la fluxion de la conjonctive que je viens de décrire.

M. Dianoux. L'affection oculaire s'accompagnait-elle de coryza?

M. Trousseau. Je n'ai pas observé de coryza concomitant.

M. Boucheron. Il faut considérer ces fluxions conjonctivales, comme des manifestations goutteuses. On observe d'ailleurs, chez les goutteux, des phénomènes analogues du côté de la région ciliaire. On voit survenir chez eux des phénomènes de cyclite, fugaces comme la fluxion conjonctivale.

Réaction chimique différente des noyaux des cônes et des noyaux des bâtonnets dans les rétines exposées à des radiations colorées. — **M. Louis Dor** présente des préparations microscopiques de rétines de grenouilles colorées au mélange de Biondi.

Dans les rétines des grenouilles maintenues pendant plusieurs heures à l'obscurité, les bâtonnets, les noyaux des cônes et des bâtonnets, les grains et les cellules multipolaires prennent toujours la même teinte.

Si les grenouilles ont été insolées, la teinte est, en général, la même, mais notablement plus pâle, si le temps de coloration a été le même.

Si les grenouilles ont été exposées à la lumière rouge, on voit alors que, dans la même préparation, les noyaux des cônes et quelques grains ont pris une teinte donnée qui est variable, suivant la façon dont la coloration a été faite, et les bâtonnets et leurs noyaux, ainsi que d'autres grains, ont pris une teinte tout à fait différente; c'est ainsi que l'on peut voir des préparations où les noyaux des bâtonnets sont teints en rouge-brun, tandis que les noyaux des cônes sont colorés en lilas; dans d'autres préparations, les noyaux des bâtonnets sont teints en vert, ainsi que la plupart des grains, et les noyaux des cônes sont colorés en violet pâle; ces différences de teinte tiennent à ce que le réactif de Biondi est excessivement difficile à manier, et que, les plus petites différences de technique donnent de grandes différences dans le résultat final; mais le fait que, dans la même préparation, certains éléments prennent une couleur, tandis que d'autres éléments prennent une couleur différente, prouve que ces éléments ont, eu eux-mêmes, des réactions chimiques différentes. Or, ce fait ne se produit que dans les rétines exposées à la lumière rouge, on ne le rencontre jamais dans les rétines exposées à l'obscurité ou à la lumière diffuse. Avec la lumière bleue, on peut voir des différences entre la couleur des grains et celle des noyaux des bâtonnets et des cônes, mais il n'y a pas de différence entre la couleur des noyaux des bâtonnets et celle des noyaux des cônes. Ces faits démontrent que la lumière rouge agit chimiquement d'une façon différente sur les noyaux des cônes et sur les noyaux des bâtonnets, et, par conséquent, que la fonction des cônes est bien liée, comme on le suppose, à la vision des couleurs.

(*A suivre.*) Dr V. Morax.

F. Levillain. — *Essais de Neurologie clinique.* Neurasthénie de Beard et États neurasthéniques, 1 vol. in-18, de 432 pages. Prix, 4 fr. (Maloine, éditeur.)

L'Éditeur-Gérant : Georges Carré.

Paris. — Imprimerie L. Marretheux, 1, rue Cassette.

CHLORAL BROMURÉ DUBOIS

Sirop prescrit à la dose de 3 à 6 cuillerées, selon l'âge, dans les 24 heures

MALADIES NERVEUSES, INSOMNIES, VERTIGES, ETC..., COQUELUCHE

Paris, 20, Place des Vosges ET TOUTES PHARMACIES.

TUBERCULOSES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.

LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et **Antiseptique,** elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante,** elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

LACTO-FER du Dr GISCARD

In hoc signo vinces

Marque de Fabrique déposée

C'est la préparation ferrugineuse par excellence. Elle ne fatigue pas l'estomac et ne constipe jamais. Employée avec le plus grand succès dans toutes les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang.

DOSE : 2 à 8 pilules par jour. — FLACON DE 100 PILULES : 3 FR.

VENTE EN GROS : CHASSEREAU-MENARD, Commissionnaire, 48, Faubg Poissonnière, Paris.

LISERONINE du Dr DAVYSONN

Remède souverain pour la guérison de la GOUTTE, de la GRAVELLE et des RHUMATISMES GOUTTEUX

Complètement inoffensif pour les voies digestives et les autres organes.

PHARMACIE NORMALE, 19, Rue Drouot, PARIS

COTON IODÉ DU DOCTEUR MÉHU

Préparé par J. THOMAS, *Pharmacien de 1re classe*

ADOPTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

DÉPOT GÉNÉRAL : 48, Avenue d'Italie, PARIS

Farine lactée Nestlé

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** *est le meilleur pour les enfants bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.*

En outre, pour les **adultes convalescents** *ou* **valétudinaires,** *cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.*

A. CHRISTEN, 16, Rue du Parc-Royal, Paris, ET DANS TOUTES LES PHARMACIES.

MM. les Docteurs sont priés de vouloir bien SPÉCIFIER le nom **NESTLÉ** *sur leurs ordonnances.*

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vital de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER

1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULÉ; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP;

Indiqué dans : *NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE. Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES,* etc.

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

Airol

Marque "GRIFFON"

Antiseptique interne et externe

a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

L'AIROL n'est pas toxique et est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des plaies.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.
L'AIROL est d'un emploi beaucoup moins dispendieux que l'Iodoforme. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.*

ANESTILE BENGUÉ à JET VARIABLE

(Mélange de Chlorure d'Ethyle et de Méthyle)

ANESTHÉSIE locale, NÉVRALGIES

Dr BENGUÉ
34, Rue La Bruyère
PARIS

LE TANNATE DE CRÉOSOTE SOLUBLE

Contenant **60 0/0** de Créosote de hêtre et **40 0/0** de Tannin forme la base du

CRÉOSAL DUBOIS

SOLUTION (flacon et 1/2 flacon) — POUDRE GRANULÉE — CACHETS

Ce médicament a donné de merveilleux résultats dans les **Bronchites** aiguës ou chroniques, et **TUBERCULOSES** réalise d'une façon parfaite l'antisepsie des voies respiratoires et gastro-intestinales.

PAS IRRITANT, PAS CAUSTIQUE et TRÈS BIEN TOLÉRÉ

H. DUBOIS, Quai Jemmapes, 56, PARIS, et toutes bonnes Pharmacies

Comple Française des **TISSUS ANTISEPTIQUES ET MICROBICIDES** Brevetée S. G. D. G.

Fabrication des Tissus basée sur les Théories Pastoriennes.

HYGIÈNE PUBLIQUE
Draperie, Tentures, Tapis, Ameublement.

HYGIÈNE PRIVÉE
Flanelle, Lingerie, Literie, Vêtements.

Hopitaux, Casernes, Chemins de fer, Administrations, Appartements.

PRÉSERVATION DES MALADIES CONTAGIEUSES ET ÉPIDÉMIQUES

Vente en Gros : MM. J. HAYEM et Cie, *Paris;* A. GRANDJEAN et Cie, *Reims;* BLIN et BLIN, *Elbeuf,* seuls Concessionnaires.

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. Marteheux, directeur, 1, rue Cassette.